

Esquizofrenias

Protocolo Clínico

Mao direita. Gravura do ilustrador Goltzius, 1588.

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o tratamento de problemas de saúde vinculados a condições esquizofrênicas.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Os denominados transtornos esquizofrênicos constituem um grupo de distúrbios mentais graves, sem sintomas patognomônicos, mas caracterizados por distorções do pensamento e da percepção, com graus variados de autismo e de ambivalência, por inadequação e embotamento do afeto sem prejuízo imediato da inteligência, embora ao longo do tempo possam aparecer prejuízos cognitivos. Diversos protocolos recentes têm sido publicados no Reino Unido, para uso em sistema público universal de saúde^{1,2}. Há, pois, certo consenso mundial sobre as formas de tratar os transtornos do espectro esquizofrênico inclusive nos casos de crianças e adolescentes³. Também no Brasil o protocolo do Ministério da Saúde, antes lançado como protocolo para esquizofrenia refratária, está atualizado e válido para todos os tipos e graus de esquizofrenia⁴. O presente protocolo, coerente com o nacional, é um sucedâneo daquele e se baseia, grandemente, nas referências bibliográficas nele contidas⁵.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F20.0 Esquizofrenia paranoide (inclusive esquizofrenia parafrênica)

Exclui: estado paranóico de involução (F22.8) e paranóia (F22.0)

F20.1 Esquizofrenia hebefrênica (esquizofrenia desorganizada e hebefrenia)

F20.2 Esquizofrenia catatônica (catalepsia, catatonía, estupor)

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada

F20.4 Depressão pós-esquizofrênica

¹ BARNES, Thomas R.E.; Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. **Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia**: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Londres: British Association for Psychopharmacology, 2010. Disponível em: <http://www.bap.org.uk/pdfs/Schizophrenia_Consensus_Guideline_Document.pdf>.

² SIGN. NHS. NICE. **Management of schizophrenia**: a national clinical guideline. Edimburgo: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Mar 2013. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign131.pdf>>.

³ NHS. NICE. Psychosis and schizophrenia in children and young people. NICE Clinical Guideline. Londres: NICE, jan 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/cg155/resources/new-nice-guidance-on-psychosis-and-schizophrenia-in-children-and-young-people>>.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia**. Anexo da Portaria nº 364 de 9 de abril de 2013. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html> e em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>>.

⁵ Citamos os consultores que trabalharam na construção do protocolo do Ministério da Saúde: Rafael Henriques Candiago, Paulo Silva Belmonte de Abreu, Bárbara Corrêa Krug, Candice Beatriz Treter Gonçalves, Karine Medeiros Amaral, Roberto Eduardo Schneiders, Ivan Ricardo Zimmermann e Mileine Mosca. Seus editores são: Paulo Dornelles Picon, Maria Inez Pordeus Gadelha e Rodrigo Fernandes Alexandre. Além disso houve importante participação de técnicos do Ministério da Saúde, citados à p. 362 do protocolo em forma de livro.

F20.5 Esquizofrenia residual (defeito esquizofrênico [restzustand], esquizofrenia indiferenciada crônica, estado esquizofrênico residual)

F20.6 Esquizofrenia simples

F20.8 Outras esquizofrenias (ataque esquizofreniformes, esquizofrenia cenestopática, psicose esquizofreniformes, transtorno esquizofreniforme, sem outra especificação)

Exclui: transtornos esquizofreniformes breves (F23.2)

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios levam e conta a história clínica e, ao exame das funções psíquicas, são sindrômicos, segundo os sinais e sintomas elencados na CID-10.

São sintomas de maior hierarquia:

- a) Eco, inserção, roubo ou irradiação de pensamento;
- b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados ao corpo ou a movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante;
- c) Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si, ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo; e
- d) Delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (por exemplo, ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

São sintomas de menor hierarquia:

- a) Alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos 1 mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias superestimadas persistentes;
- b) Neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;
- c) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor; e
- d) Sintomas "negativos", tais como apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que tais sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico).
- e) Alteração da qualidade global de aspectos do comportamento pessoal (perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, atitude ensimesmada e retraimento social).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- a) Diagnóstico de esquizofrenia, somado a:
- b) Presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação;
- c) No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Esquizofrênicos com hipersensibilidade aos fármacos.

Esquizofrênicos em estado transitório de psicose alcoólica ou tóxica, de dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos.

Também são excluídos os esquizofrênicos com impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

Não poderão ser incluídos os pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.

6. CASOS ESPECIAIS

Esquizofrenia com risco de suicídio atual e os que desenvolverem discinesia tardia com repercussão significativa poderão ser tratados com clozapina.

A depressão pós-esquizofrênica é um subtipo de esquizofrenia peculiar, por classificar casos em que um episódio depressivo eventualmente prolongado ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica. Apesar de que alguns sintomas esquizofrênicos “positivos” ou “negativos” ainda devam estar presentes, eles não dominam mais o quadro clínico. Esse tipo de estado depressivo se acompanha de um maior risco de suicídio. O diagnóstico é excluído no caso de o paciente não apresentar mais nenhum sintoma esquizofrênico, quando então se deve fazer um diagnóstico de episódio depressivo.

7. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU), hospitais gerais e hospitais especializados.

8. TRATAMENTO

Os medicamentos tradicionais

O elenco e a bula dos medicamentos utilizados em saúde pública podem ser encontrados no Formulário Terapêutico Nacional⁶, ferramenta de consulta muito interessante para quem trabalha no Sistema Único de Saúde. O uso contínuo de neurolépticos é um dos fatores mais proeminente, relatados na literatura, para reduzir o risco de recidiva de surtos esquizofrênicos, pelos seus efeitos tranquilizantes, deliriolíticos e antialucinatórios. Deve, portanto, ser uma prioridade no trabalho cotidiano dos psiquiatras e dos médicos que têm contato com esquizofrênicos⁷.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Formulário Terapêutico Nacional** 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf>.

⁷ OLIVARES, J.M. et al. Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia : a systematic literature review. **Ann Gen Psychiatry**. 2013; 12: 32. doi: 10.1186/1744-859X-12-32. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4015712/>>.

Antipsicóticos típicos, como o haloperidol e a clorpromazina são os paradigmas desde a década de 1950, e constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁸.

O haloperidol têm efeitos terapêuticos equivalentes aos dos medicamentos mais novos e mais caros (não é nem superior nem inferior a eles)^{9, 10}. Têm alguns efeitos colaterais pronunciados, aos quais o médico pode prestar atenção e prevenir ou tratar. Entre estes ressalta-se as síndromes de liberação extrapiramidal (acatisia, discinesia e distonia), por haloperidol, capaz de resolução e de prevenção pelo biperideno.

A clorpromazina ainda é tida como um tratamento efetivo, não ameaçado pelos estudos dos novos neurolépticos. Apesar dos efeitos adversos, ela se mantém como o tratamento padrão e como a droga-controle no estudo da esquizofrenia¹¹. Ressaltam-se a hipotonia¹², as alterações da prolactina (com ou sem galactorréia), a sedação e as eventuais reações cutâneas.

A levomepromazina, apesar de causar sonolência, também é eficaz, em alguns casos excepcionais. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones¹³, quando administrada à noite, para esquizofrênicos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem.

O rol atual de antipsicóticos para esquizofrenia no SUS

Os neurolépticos disponíveis para tratamento de esquizofrenia no SUS são os seguintes:

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013**. 8. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.dropbox.com/s/zpt2okpaj6tc92g/livro_rename_out_2013.pdf>.

⁹ TARDY, M.; HUHN, M.; KISSLING, W.; ENGEL, R.R.; LEUCHT, S. Haloperidol versus low-potency first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 7. Art. No.: CD009268. DOI: 10.1002/14651858.CD009268.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009268.pub2/abstract>>.

¹⁰ ADAMS, C.E.; BERGMAN, H.; IRVING, C.B.; LAWRIE, S. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 11. Art. No.: CD003082. DOI: 10.1002/14651858.CD003082.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003082.pub3/full>>.

¹¹ ADAMS, C.E.; AWAD, G.A.; RATHBONE, J.; THORNLEY, B.; SOARES-WEISER, K. Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 1. Art. No.: CD000284. DOI: 10.1002/14651858.CD000284.pub3. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000284.pub3/full>>.

¹² LEUCHT, C.; KITZMANTEL, M.; KANE, J.; LEUCHT, S.; CHUA, W.L.L.C. Haloperidol versus chlorpromazine for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2008, Issue 1. Art. No.: CD004278. DOI: 10.1002/14651858.CD004278.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004278.pub2/full>>.

¹³ PINTO JR, Luciano Ribeiro et al. New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 68, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=pt&nrm=iso>.

- 1) Clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/ml
- 2) Clorpromazina: solução injetável 25/ ampola de 5 ml (para uso em urgências e emergências)
- 3) Haloperidol: comprimido de 1 e 5 mg solução oral 2 mg/ml
- 4) Decanoato de haloperidol: solução injetável 50 mg/ ampola de 1 ml (de liberação lenta e efeito prolongado a quase um mês, para pessoas que não tomam comprimidos)
- 5) Haloperidol: solução injetável de 5 mg/ml para uso em urgências e emergências
- 6) Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg
- 7) Olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg
- 8) Quetiapina: comprimidos de 25, 100, 200 e 300 mg
- 9) Ziprasidona: cápsulas de 40 e 80 mg
- 10) Clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg (para uso excepcional)

Os neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina e ziprasidona) têm efeitos colaterais que exigem observação da equipe de saúde. A olanzapina, apesar da grande eficácia nos sintomas psicopatológicos, pode ter efeitos importantes no desencadeamento de diabetes e de obesidade, por alterar o metabolismo.

Contudo, todos os antipsicóticos da lista deste protocolo, com exceção de clozapina, podem ser utilizados no tratamento, sem ordem de preferência.

Os tratamentos devem ser feitos com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente.

Caso haja intolerância por efeitos extrapiramidais, estarão indicados, após ajuste de dose, biperideno via oral. Na sua falta, ou em paciente com tendência a abusar ou criar dependência psicológica do biperideno (especialmente nos que experimentaram-no pela via endovenosa), pode-se usar propranolol.

No caso de persistência dos efeitos mesmo depois dessa alternativa, estará indicada a substituição por outro antipsicótico com menor perfil de efeitos extrapiramidais, como olanzapina, quetiapina ou ziprasidona. Recomenda-se a avaliação dos sintomas extrapiramidais pelas escalas Simpson. Os sintomas extrapiramidais motores devem descrever a ocorrência de pelo menos um dos seguintes grupos: distonia, discinesia, acatisia e parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia). Devem também ter ocorrido nos três primeiros meses de tratamento, normalmente nas primeiras semanas.

Considera-se que o medicamento não teve o resultado esperado, ou que houve falha terapêutica do fármaco, quando o uso de qualquer desses fármacos, por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, não causou melhora de pelo menos 30% na escala da versão brasileira da Avaliação Psiquiátrica Breve (British Psychiatric Rating Scale - BPRS)¹⁴. Em caso de falha terapêutica, uma segunda tentativa, com algum outro antipsicótico deverá ser feita.

No caso de a intolerância a risperidona dever-se ao aumento de prolactina (nível sérico acima de 25 ng/ml nas mulheres e acima de 20 ng/ml nos homens) acompanhado ou não de galactorreia e irregularidades menstruais, indica-se outro antipsicótico.

A **clozapina** poderá ser considerada apenas **em caso de refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas**, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala BPRS. Também pode ser utilizada em caso de risco alto de suicídio e grave discinesia tardia, de repercussão

¹⁴ ELKIS, Hélio, et al. Análise fatorial da versão em português do BPRS ancorado (BPRS-A) em pacientes com esquizofrenia refratária. **Revista de Psiquiatria Clínica**, nov. dez. 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/vol25/n6/psi256a.htm>>.

significativa, mesmo antes de se completarem 6 semanas ou de se observar melhora de 30% nessa mesma escala.

A clozapina é um medicamento que exige farmacovigilância com um olhar psiquiátrico e hematológico. Caso haja intolerância à clozapina por agranulocitose, após sua indicação por refratariedade, a troca poderá ser por olanzapina, quetiapina, risperidona ou ziprasidona, preferencialmente as que não foram utilizadas nos dois tratamentos iniciais.

Na impossibilidade de adesão ao uso oral de qualquer dos medicamentos citados, pode-se usar uma formulação de depósito, o decanoato de haloperidol.

Esquemas de administração dos fármacos

Clorpromazina

Deve-se iniciar com doses pequenas, entre 50-100 mg, 2-3 vezes ao dia, para atenuar possíveis efeitos adversos, embora pela meia-vida de 24 horas possa ser administrada 1 vez ao dia. Doses médias variam entre 400-800 mg, sendo 1 g a dose máxima recomendada. Doses abaixo de 150 mg estão relacionadas a maior chance de recidiva. O equilíbrio plasmático é alcançado em 2-5 dias de tratamento. Café, cigarro e antiácidos diminuem sua absorção, devendo-se considerar a administração de doses maiores nesses casos.

Haloperidol

Deve-se iniciar com doses fracionadas, embora tenha meia-vida de 24 horas, para minimizar efeitos adversos, até a dose máxima de 15 mg/dia em situações agudas e de 10 mg/dia para manutenção. Doses superiores parecem não ter benefício e aumentam a incidência de efeitos adversos.

Decanoato de haloperidol

Cada ampola de 1 ml de solução injetável contém o equivalente a 50 mg de haloperidol. Esta apresentação é reservada para casos em que haja dificuldade de administração de medicamento via oral. Deve-se indicar uma dose de 150 a 200 mg/mês para a maioria dos casos, aplicada a cada 4 semanas. Sua meia-vida é de cerca de 3 semanas, levando entre 3 a 6 meses para a estabilização da concentração plasmática. Por tal motivo, quando a sintomatologia é intensa, pode-se iniciar em doses superiores (até 400 mg/mês) divididas em tomadas de maior frequência (até semanalmente) nos primeiros meses. Também se pode iniciar com doses usuais e suplementar com haloperidol oral até a dose máxima de 15 mg/dia, conforme a tolerância, principalmente no primeiro mês. Apatia e sedação exagerada são sinais de que a dose está muito alta.

Risperidona

Deve-se iniciar com 1 mg, 2 vezes ao dia, para evitar efeito de primeira dose (bloqueio alfa-adrenérgico). A dose pode ser aumentada em 1 mg, 2 vezes ao dia, até que uma dose-alvo de 6 mg/dia (3 mg, 2 vezes ao dia) seja alcançada no terceiro dia. As doses recomendadas de manutenção são de 3-6 mg/dia. Se descontinuada, a administração deve ser reiniciada conforme a primeira dose. Em pacientes com insuficiências renal ou hepática, a dose máxima recomendada é de 3 mg/dia. A administração simultânea com alimentos não interfere na biodisponibilidade do medicamento.

Quetiapina

Deve-se iniciar com 25 mg, 2 vezes ao dia, por via oral, com aumentos de 25-50 mg por dose por dia, com o objetivo de alcançar 300-600 mg/dia. A dose total poderá ser dividida em 2 ou 3 vezes ao dia, devendo ser alcançada entre o quarto e o sétimo dias de tratamento. O ajuste pode ser feito com incrementos (ou diminuição) de 25-50 mg, 2 vezes ao dia, ou num intervalo de 2 dias. A dose máxima situa-se entre 750-800 mg/dia.

Ziprasidona

Deve-se iniciar com 40 mg, 2 vezes ao dia, por via oral, sendo administrados com os alimentos. Aumentos de dose deverão ocorrer em intervalos superiores a 2 dias até a dose máxima de 160 mg/dia (80 mg, 2 vezes ao dia). A dose de manutenção ideal é de 40 mg, administrados 2 vezes ao dia.

Olanzapina

Deve-se iniciar com 5 mg à noite. Pode-se aumentar a dose em 5 mg após pelo menos 7 dias até uma dose de 20 mg/dia. Não há evidências de que doses acima de 20 mg/dia em pacientes não refratários sejam mais eficazes. O fabricante contraindica doses maiores de 20 mg, pelos riscos acentuados. Não é necessário ajuste de dose em casos de insuficiências renal ou hepática. Pacientes debilitados fisicamente e emagrecidos deverão receber no máximo 5 mg/dia. Na ocorrência de efeitos adversos graves de clozapina (agranulocitose, cardiopatia e oclusão intestinal), em pacientes refratários, olanzapina poderá ser utilizada até a dose de 30 mg/dia.

Clozapina

Deve-se iniciar com 12,5 mg à noite. Pode-se aumentar a dose em 25 mg a cada 1 a 2 dias até 300-400 mg/dia. Após 30 dias sem melhora, pode-se aumentar 50 mg a cada 3-4 dias até 800 mg/dia. Doses acima de 400 mg poderão ser fracionadas para aumentar a tolerância do paciente.

Manutenção da terapia e prevenção da liberação extrapiramidal

Para todos os medicamentos, obtida a melhora clínica, deverá ser instituída uma redução cuidadosa da dose na manutenção e acompanhamento clínico e psiquiátrico, com escores trimestrais (escala BPRS-A).

Para o tratamento dos efeitos extrapiramidais, o biperideno poderá ser utilizado na dose de 1 a 16 mg, divididos em 1 a 4 administrações ao dia, dependendo da intensidade dos sintomas.

O biperideno é um anticolinérgico cujos efeitos adversos são especialmente manifestos nos pacientes mais idosos, podendo causar confusão mental transitória. Em pronto-socorro é bastante utilizado por via intramuscular e oferece rápido alívio dos sintomas extrapiramidais em todos os pacientes. Apresenta-se em comprimidos de 2 mg (cloridrato de biperideno) e em solução injetável de 5 mg/ml (lactato de biperideno).

As contraindicações ao biperideno são:

- a) Glaucoma de angulo fechado.
- b) Retenção urinaria.

- c) Hipertrofia prostática.
- d) Miastenia grave.
- e) Obstrução gastrointestinal, megacolon.

O biperideno não tem utilidade na discinesia tardia, problema no qual ocorre piora com o uso de anticolinérgicos.

Na falta de biperideno, o propranolol também poderá ser utilizado diante de liberação extrapiramidal, na dose de 40 a 160mg, divididos em 2 a 3 administrações ao dia.

Tempo de tratamento e critérios de interrupção

São situações especiais, ao longo do tratamento:

- a) Discinesia tardia e tentativa de suicídio: substituir o medicamento em uso por clozapina;
- b) Má adesão ao tratamento: substituir o medicamento em uso por decanoato de haloperidol;
- c) Comorbidades clínicas iniciadas após o uso: hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, diabetes melitus, desenvolvimento de síndrome metabólica (se em uso de olanzapina e quetiapina, considerar a substituição do medicamento em uso por ziprasidona).

A interrupção do medicamento será opção do médico, a ser feita da seguinte forma:

- a) Para a risperidona terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de dose máxima, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis, hiperprolactinemia ou sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol ou gravidez/lactação.
- b) Para a olanzapina e a quetiapina terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de até 20 mg/dia (olanzapina) ou de 800 mg/dia (quetiapina), não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis, ganho de peso com desenvolvimento de obesidade (IMC acima de 30 kg/m²), cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM, resistência insulínica ou gravidez/lactação.
- c) Para a ziprasidona terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de até 160 mg/dia, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (preenchimento da escala BPRS-A) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis.
- d) Para a clozapina, em função do mecanismo de ação diferente (mais lento) deste fármaco, terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 meses de uso de 300-800 mg/dia, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações (escalas) ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos como convulsões, citopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm³ ou neutrófilos abaixo de 1.500/mm³ ou plaquetas abaixo de 100.000/mm³) ou conforme avaliação médica especializada. O paciente que, por qualquer das razões acima, tiver de interromper o

uso de clozapina, poderá iniciar tratamento com quetiapina, ziprasidona, olanzapina ou risperidona.

- e) Para o haloperidol e a clorpromazina terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de 300-1.000 mg/dia de clorpromazina ou 5-15 mg de haloperidol, não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações ou apresentar distonia significativa, extrapiramidalismo ou efeitos adversos intoleráveis.

9. MONITORIZAÇÃO

Antes do início do tratamento com qualquer um dos medicamentos, é importante a avaliação dos seguintes aspectos:

- a) Idade,
- b) Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril),
- c) Três medidas de pressão arterial em datas diferentes,
- d) Dosagens de colesterol total e frações,
- e) Triglicerídios
- f) Glicemia de jejum.

Deve-se registrar também a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia e discinesia, tentativa ou risco de suicídio, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabete melitus e outras comorbidades clínicas.

Para monitorização dos efeitos adversos, aconselha-se repetir as medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses.

Os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia de jejum) devem ser refeitos em 3 e em 12 meses após o início do tratamento. Na sequência, a monitorização deve ser repetida anualmente. Em caso de alteração, uma avaliação com clínico deverá ser feita e o risco-benefício discutido em conjunto com a família e o paciente.

A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada quando houver relato de sintomas compatíveis com alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência e galactorreia.

10. POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS

Os quadros abaixo mostram as reações colaterais a serem monitoradas pelo psiquiatra assistente.

Possíveis efeitos adversos do haloperidol e da clorpromazina

Haloperidol	Clorpromazina
Pode associar-se a alergia ao fármaco; depressão grave do sistema nervoso central; coma; doença pulmonar obstrutiva crônica; síndrome de Sjögren, transtornos convulsivos; diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina; bexiga neurogênica; hipertrofia de próstata; gravidez e amamentação; doença de Parkinson.	Pode associar-se a depressão grave do sistema nervoso central; estados comatosos; doença cardiovascular grave; angina <i>pectoris</i> ; glaucoma de ângulo fechado; doença de Parkinson; úlcera péptica; retenção urinária; síndrome de Reye; síndrome neuroléptica maligna; doença cardiovascular ou cerebrovascular que predisponha a hipotensão ortostática; diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina; insuficiência hepática; história de convulsão ou epilepsia; história de tumor cerebral; hiperprolactinemia, antecedentes de discrasias sanguíneas.

Possíveis efeitos adversos da risperidona, da ziprasidona e da quetiapina

Risperidona	Ziprasidona	Quetiapina
Pode relacionar-se a síndrome neuroléptica maligna; discinesia tardia; prolongamento do intervalo QT ao eletrocardiograma; doença cardiovascular ou cerebrovascular que predisponha à hipotensão ortostática; hipotermia ou hipertermia; diagnóstico prévio de câncer de mama ou tumor dependente de prolactina; insuficiência renal; insuficiência hepática; doença de Parkinson; história de convulsão ou epilepsia; história de tumor cerebral; gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação; idade inferior a 18 anos; hiperprolactinemia.	Pode relacionar-se a história de cardiopatia, especialmente arritmias; hipertensão arterial sistêmica aumentando o efeito de anti-hipertensivos; doença de Parkinson (apesar de apresentar baixa incidência de efeitos extrapiramidais, pode antagonizar os efeitos de levodopa e de agonistas dopaminérgicos); condições que indiquem a presença de <i>torsade de pointes</i> como tonturas, palpitações e síncope; história de uso de drogas de abuso e dependência química; hipotensão postural; uso concomitante de fármacos potencialmente capazes de produzir desequilíbrio hidroeletrólítico; risco de convulsões em pacientes com histórico de epilepsia, traumatismo craniano, lesões cerebrais, alcoolismo ou uso concomitante de fármacos que reduzam o limiar convulsivante. Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto à necessidade do uso regular de métodos contraceptivos e, em caso de dúvida, sugere-se teste de gravidez antes do início do tratamento. Também não se recomenda o uso de ziprasidona durante a lactação.	Pode relacionar-se a doença de Alzheimer; pacientes portadores ou com história de câncer de mama; doenças cardiovasculares; doenças cerebrovasculares; condições que predisponham à hipotensão (desidratação e hipovolemia); insuficiência hepática ou renal; hipotireoidismo; história de convulsões; catarata; doença de Parkinson com falência autonômica periférica; obesidade, cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM ou resistência insulínica (síndrome metabólica) que exigem consentimento, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco-benefício no paciente. Mulheres em idade fértil devem ser esclarecidas quanto à necessidade do uso regular de métodos contraceptivos e, em caso de dúvida, sugere-se teste de gravidez antes do início do tratamento.

Possíveis efeitos adversos da olanzapina e da clozapina

Olanzapina	Clozapina
<p>Pode associar-se a pacientes portadores ou com história de tumor cerebral, epilepsia ou condições que diminuem o limiar convulsivante; pacientes portadores ou com história de câncer de mama; glaucoma; fleo parálítico ou história de fleo parálítico; hiperplasia prostática significativa; doença cardíaca ou cerebrovascular ou condições que predisponham a hipotensão; risco de pneumonia de aspiração; risco de suicídio; história de síndrome neuroléptica maligna; gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação; idade inferior a 18 anos; obesidade, cintura com mais de 94 cm, HAS, dislipidemia, DM ou resistência insulínica (síndrome metabólica) que exigem consentimento, por escrito, do médico assistente, dando ciência da avaliação do risco-benefício no paciente.</p>	<p>Pode associar-se a epilepsia precedendo o diagnóstico de esquizofrenia para pacientes com convulsões ou retardo mental, devendo ser incluído, obrigatoriamente, parecer de um neurologista (parecer favorável permite a entrada ou a manutenção do paciente no Protocolo). Recomenda-se a realização de hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras 18 semanas de tratamento e a intervalos mensais ao longo de todo o tempo de tratamento; citopenia caracterizada por leucopenia (leucócitos totais abaixo de 3.000/mm³ ou neutrófilos abaixo de 1.500/mm³) ou por plaquetopenia (contagem de plaquetas abaixo de 100.000/mm³) para pacientes com citopenia, casos em que o medicamento deve ser suspenso e tanto a inclusão no Protocolo quanto a continuidade do tratamento deverão ser avaliadas por hematologista; risco grave de suicídio (o medicamento somente pode ser dispensado para o responsável legal, com registro claro de alerta para a dose letal (2,5 g); durante a lactação ou em situações em que a gravidez não pode ser adequadamente prevenida, o tratamento deve ser evitado, casos em que se recomendam a avaliação do risco-benefício e a suspensão da lactação se necessário.</p>

11. QUADRO SINÓPTICO DO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Inclusão	Incluem-se no protocolo os pacientes que satisfizerem os critérios abaixo:			
	Diagnóstico de esquizofrenia, conforme item 4 do PCDT; e			
	Presença de um familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível, com funcionamento global adequado e com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação. No caso de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de manejar estressores do ambiente de forma continuada.			
Anexos obrigatórios	Relato médico com descrição detalhada da evolução clínica da doença, sinais e sintomas apresentados pelo paciente.			
Administração	Risperidona	Ziprazidona	Quetiapina	Olanzapina
	1-3mg 2x ao dia	Iniciar com 20mg, junto com alimentos. Dose de manutenção ideal: 40mg 2x ao dia;	Iniciar com 25mg, aumentar 25-50mg até atingir 300-600mg/dia. Exceção: atingir 750-800mg/dia.	Iniciar com 5 a 10 mg/dia. Manter em 5 ou 10 mg/dia. Exceção: 20 mg/dia.
	Dose máxima: 6mg/dia	Dose máxima: 80mg 2x ao dia.	Dose máxima: 800 mg/dia.	Dose máxima: 20 mg/dia.
Presc. máxima mensal	186 cp de 1mg ou 93 cp de 2mg	62 cp (80mg) ou 124 cp (40mg)	992 cp (25mg), 248 cp (100mg) ou 124 cp (200mg)	120 cp (5 mg), 60 cp (10 mg)
Monitoramento	Devem ser repetidas as medidas antropométricas e de pressão arterial em 3, 6 e 12 meses. Os exames laboratoriais (perfil lipídico e glicemia de jejum) devem ser refeitos em 3 e 12 meses. Após, a monitorização deve ser repetida anualmente. Em caso de alteração, uma avaliação com clínico deverá ser feita e o risco-benefício discutido em conjunto com a família e o paciente.			
	Devem ser observadas as contraindicações relativas e considerado o risco-benefício de cada um dos medicamentos.			
Exclusão	Serão excluídos deste Protocolo os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo. Serão excluídos também pacientes que apresentarem apenas diagnósticos de mania ou depressão isolados, transtorno esquizoafetivo ou de transtorno bipolar.			
Tempo de tratamento	Terá indicação de interrupção de tratamento o paciente que, após 6 semanas de uso de até 800mg/dia para Quetiapina , de até 160mg/dia para Ziprasidona e de até 6mg/dia para Risperidona , não mostrar melhora clínica, não aderir ao tratamento e às avaliações ou apresentar, a qualquer tempo, efeitos adversos intoleráveis.			
Autorizado a prescrever	Preferencialmente médico com RQE em psiquiatria. Na sua falta, médico com formação em saúde mental, especialmente os que trabalham em CAPS.			

12. EXIGÊNCIAS PARA O PEDIDO INICIAL E A DISPENSAÇÃO

Não há necessidade de preenchimento de formulários ou outras exigências se a farmacoterapia for com haloperidol ou com clorpromazina, que são medicamentos essenciais.

Os outros neurolépticos (os atípicos ou de segunda geração) fazem parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e demandam o cumprimento de algumas formalidades:

Exigências formais para fazer o pedido e para renová-lo no SUS

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; <input type="checkbox"/> Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; <input type="checkbox"/> Receita de Controle Especial , com posologia para 3 (três) meses de tratamento; <input type="checkbox"/> Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente, em caso de alteração da terapêutica.

Documentos do paciente exigidos para formalizar o pedido pela primeira vez

Solicitação inicial
<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade – RG <input type="checkbox"/> Cadastro de Pessoa Física – CPF <input type="checkbox"/> Cartão Nacional de Saúde – CNS <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência (<i>Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência</i>) <input type="checkbox"/> Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Exames complementares e registro de avaliação.

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
Para todos os medicamentos: <input type="checkbox"/> Roteiro de Avaliação (anexo) <input type="checkbox"/> Escala BPRS – Brief Psychiatric Rating Scale (anexo) Para Clozapina (além dos citados acima): <input type="checkbox"/> Hemograma <input type="checkbox"/> ALT-TGP (Transaminases Glutâmico Pirúvica) <input type="checkbox"/> AST-TGO (Transaminases Glutâmico Oxalacética) <input type="checkbox"/> Creatinina sérica Para Ziprasidona (além dos citados acima): <input type="checkbox"/> Potássio sérico <input type="checkbox"/> Magnésio sérico	Para Clozapina : <input type="checkbox"/> Hemograma com plaquetas.

13. TERMO E ESCALAS A PREENCHER

O termo de esclarecimento e responsabilidade (TER) é obrigatório ao se prescrever medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Na sequência pode-se ver as escalas, o modelo oficial do termo, de duas páginas, e o laudo (LME).

ESCALA DE AVALIAÇÃO

1. NOME DO PACIENTE:- -----

2. DIAGNÓSTICO CID-10:

F20.0 F20.1 F20.2 F20.3 F20.4 F20.5 F20.6 F20.8

3. O paciente já recebe medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?

Sim Não.

4. O paciente apresenta os seguintes sintomas abaixo:

- a) eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento
- b) delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante
- c) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo
- d) delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas)
- e) alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes
- f) neologismos, interceptações ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante
- g) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor
- h) sintomas "negativos", tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve ficar claro que estes sintomas não são decorrentes de depressão ou medicamento neuroléptico)
- i) Discinesia tardia
- j) Distonia grave
- k) Acatisia com risco de suicídio
- l) Síndrome Neuroleótica maligna
- m) Diagnóstico de prolactinoma
- n) CA de mama.

5. Paciente apresenta algum do(s) critério(s) abaixo?

- Episódio maníaco depressivo
- Doença cerebral orgânica, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas
- Hipersensibilidade à Olanzapina
- Impossibilidade de adesão e acompanhamento continuado.

6. O paciente já utilizou e apresentou falha terapêutica ou intolerância a antipsicóticos atípicos contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica?

- Sim
- Não

Se sim, qual(is) medicamento(s) e por quanto tempo (em meses), utilizou as respectivas doses?

Medicamento(s)	Periodicidade	Doses
<input type="checkbox"/> Risperidona	-----	-----
<input type="checkbox"/> Clozapina	-----	-----
<input type="checkbox"/> Quetianpina	-----	-----
<input type="checkbox"/> Ziprazidona	-----	-----
<input type="checkbox"/> Olanzapina	-----	-----

Local, data, assinatura e carimbo do médico assistente.

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS Ancorada com sugestão de perguntas

Versão Ancorada - BPRS-A (Woerner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996) mais
Entrevista Clínica Estruturada

Paciente:	Número:	Data:
Entrevistador:	Fase:	
<p>Instruções: A Escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com OBSERVAÇÃO (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 18) devem ser avaliados tomando por base OBSERVAÇÕES feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com RELATO DO PACIENTE devem ser avaliados a partir de informação RELATADA (ou seja, SUBJETIVA) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia o relato do paciente.</p>		
<p>Início da entrevista:</p> <p>Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação):</p> <p><i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)?</i></p>		

1	RELATO DO PACIENTE	<p>PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.</p> <p>5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.</p> <p>6 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>

2	RELATO DO PACIENTE	ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.
Pergunta-guia		<i>Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso</p> <p>5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETRAIAMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.</p> <p>2 Leve: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.</p> <p>4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais persistente e disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista. (Não pontuar se explicado pela desorientação.)</p>

4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes, uso infrequente de neologismos ou associações moderadamente frouxas.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.</p> <p>6 Muito grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5	RELATO DO PACIENTE	SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado ou frequentemente se sente levemente culpado.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado ou frequentemente se sente moderadamente culpado.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado.</p> <p>5 Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.</p> <p>6 Muito grave: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.</p>
6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Fica ocasionalmente agitado.</p> <p>2 Leve: Fica frequentemente agitado.</p> <p>3 Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>4 Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>5 Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.</p> <p>6 Muito grave: Anda de maneira frenética.</p>
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patógenese presumida.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infrequentes).</p> <p>2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente).</p> <p>3 Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>
8	RELATO DO PACIENTE	<p>IDEIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. NÃO pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (por exemplo, “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se negar talentos, poderes, etc., mesmo que afirme que outros digam que ele possui tais qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?</i></p>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: É mais confiante do que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>2 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>3 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>4 Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).</p> <p>5 Grave: Um único e claro delírio / sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
9	RELATO DO PACIENTE	HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
	Pergunta-guia	<i>Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido ou frequentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>3 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito deprimido.</p> <p>4 Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.</p> <p>5 Muito grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10	RELATO DO PACIENTE	HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.
	Pergunta-guia	<i>Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?)</i>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>2 Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva ou frequentemente sente raiva moderada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.</p> <p>5 Grave: Expressou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>6 Muito grave: Expressou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11	RELATO DO PACIENTE	<p>DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação ao paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>2 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>3 Moderado: Desconfiança mais frequente ou ideias de referência passageiras.</p> <p>4 Moderadamente grave: Desconfiança disseminada ou ideias de referência frequentes.</p> <p>5 Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo, um delírio encapsulado).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente ou intenso.</p>
12	RELATO DO PACIENTE	<p>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorreram na última semana. NÃO pontuar “vozes na minha cabeça” ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.</p>

	Pergunta-guia	<i>Você tem tido experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado nesse momento? O que você ouvia - barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?) Você tem visto coisas que a maioria das pessoas não pode ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via - luzes, formas, imagens? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?)</i>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.</p> <p>2 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo, frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).</p> <p>4 Moderadamente grave: Alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>5 Grave: Como acima e exercem impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo, dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo, tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p>
13	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p>5 Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>6 Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.</p>
14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Não parece motivado.</p> <p>2 Leve: Parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>3 Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>5 Grave: Recusa-se a responder a algumas questões.</p> <p>6 Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.</p>
15	RELATO DO PACIENTE	<p>ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS): Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?</i></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>2 Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>3 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>4 Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>5 Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus).</p> <p>6 Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).</p>
16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).</p> <p>5 Grave: Profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5 Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.) Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</i></p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Parece um pouco confuso.</p> <p>2 Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>3 Moderado: Indica 1992.</p> <p>4 Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.</p> <p>5 Grave: Não faz ideia de onde está.</p> <p>6 Muito grave: Não sabe quem é.</p>

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS
Folha de Respostas

Paciente	Idade	Sexo
Escores: 0 (Não relatado), 1 (Muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (Grave), 6 (Muito grave)		

Data	Escore													
1. Preocupação somática														
2. Ansiedade														
3. Retraimento afetivo														
4. Desorganização conceitual														
5. Sentimentos de culpa														
6. Tensão														
7. Maneirismos e postura														
8. Ideias de grandeza														
9. Humor depressivo														
10. Hostilidade														
11. Desconfiança														
12. Comportamento alucinatório (alucinações)														
13. Retardamento psicomotor/motor														
14. Falta de cooperação com a entrevista														
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)														
16. Afeto embotado														
17. Excitação														
18. Desorientação														
Escore Total														

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE RISPERIDONA, QUETIAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA E CLOZAPINA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina**, indicadas para o tratamento da **esquizofrenia**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes benefícios:

- redução dos sintomas e da frequência das crises;
- redução das internações hospitalares

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **clozapina**: medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável);
- **risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina**: medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos);
- **clozapina**: contraindicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm³). São necessários controles periódicos com hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após);
- **efeitos adversos mais comuns da risperidona**: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, ganho de peso;
- **efeitos adversos mais comuns da quetiapina**: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar;
- **efeitos adversos mais comuns da ziprasidona**: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náuseas, vômitos, nervosismo, agitação;
- **efeitos adversos mais comuns da olanzapina**: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo;
- **efeitos adversos mais comuns da clozapina**: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia);
- medicamentos contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

() risperidona

() quetiapina

() ziprasidona

() olanzapina

() clozapina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico Data: _____		

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Instruções para o preenchimento do LME

Os campos de 1 a 17 são de preenchimento exclusivo do médico solicitante.

Campo 1 - Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).*

Campo 2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).*

Campo 3 - Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.*

Campo 4 - Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.*

Campo 5 - Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.*

Campo 6 - Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.*

Campo 7 - Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde.*

Campo 8 - Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento.*

Campo 9 - CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s).*

Campo 10 - Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.*

Campo 11 - Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.*

Campo 12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).*

Campo 13 - Atestado de capacidade: a solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil: os menores de dezoito anos; aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória; ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; os pródigos. De acordo com a avaliação clínica pelo médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso presente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.*

Campo 14 - Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.*

Campo 15 - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: preencher com o número do CNS do médico solicitante.

Campo 16 - Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

Campo 17 - Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.*

Campo 18 - Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa além do paciente, mãe do

paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante deverá ser informado o nome completo da pessoa sem abreviaturas e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).*

Campo 19 - Preencher a raça/cor do paciente expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719 de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras, descrita na Portaria SAS/MS nº 508 de 28 de setembro de 2010.*

Campo 20 - Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente para possíveis contatos.*

Campo 21 - Número do documento do Paciente: assinalar com um "x" no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.*

Campo 22 - Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico do paciente para possíveis contatos.

Campo 23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.*

Avaliação técnica do laudo pelo farmacêutico

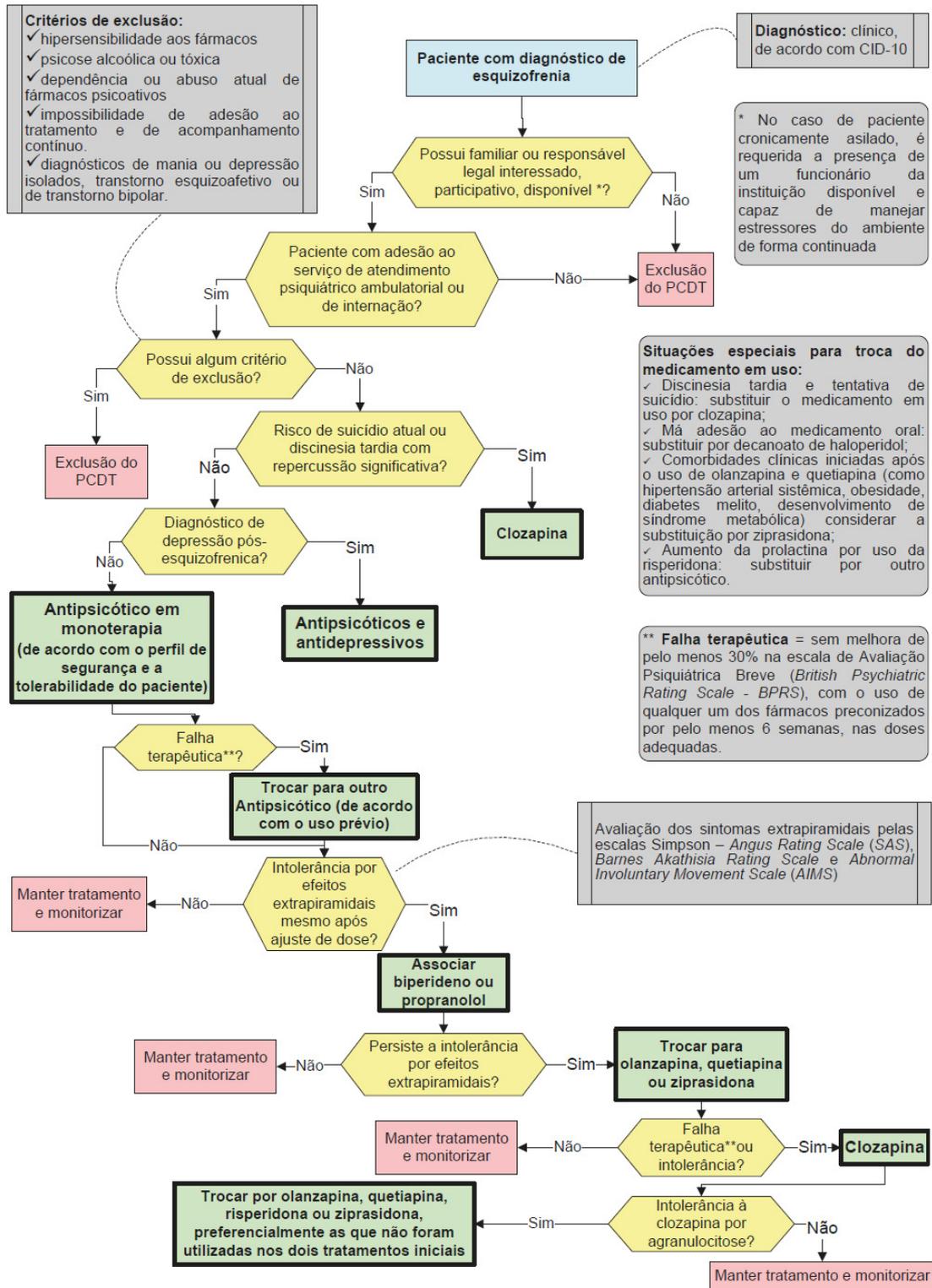
No contexto do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica¹⁵, será feita a avaliação do LME e sua autorização ou indeferimento. A devolução caracteriza-se pela ausência de informação ou de documentos ou de exames, ou pelo preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise. Deve-se assinalar qual o motivo da devolução e o número correspondente ao medicamento devolvido. O farmacêutico avaliador deverá descrever, se necessário, informações complementares que auxiliem no esclarecimento do motivo da devolução. Assinalar quando há solicitação de medicamento não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Os fluxogramas, na sequência, são do protocolo do Ministério da Saúde¹⁶.

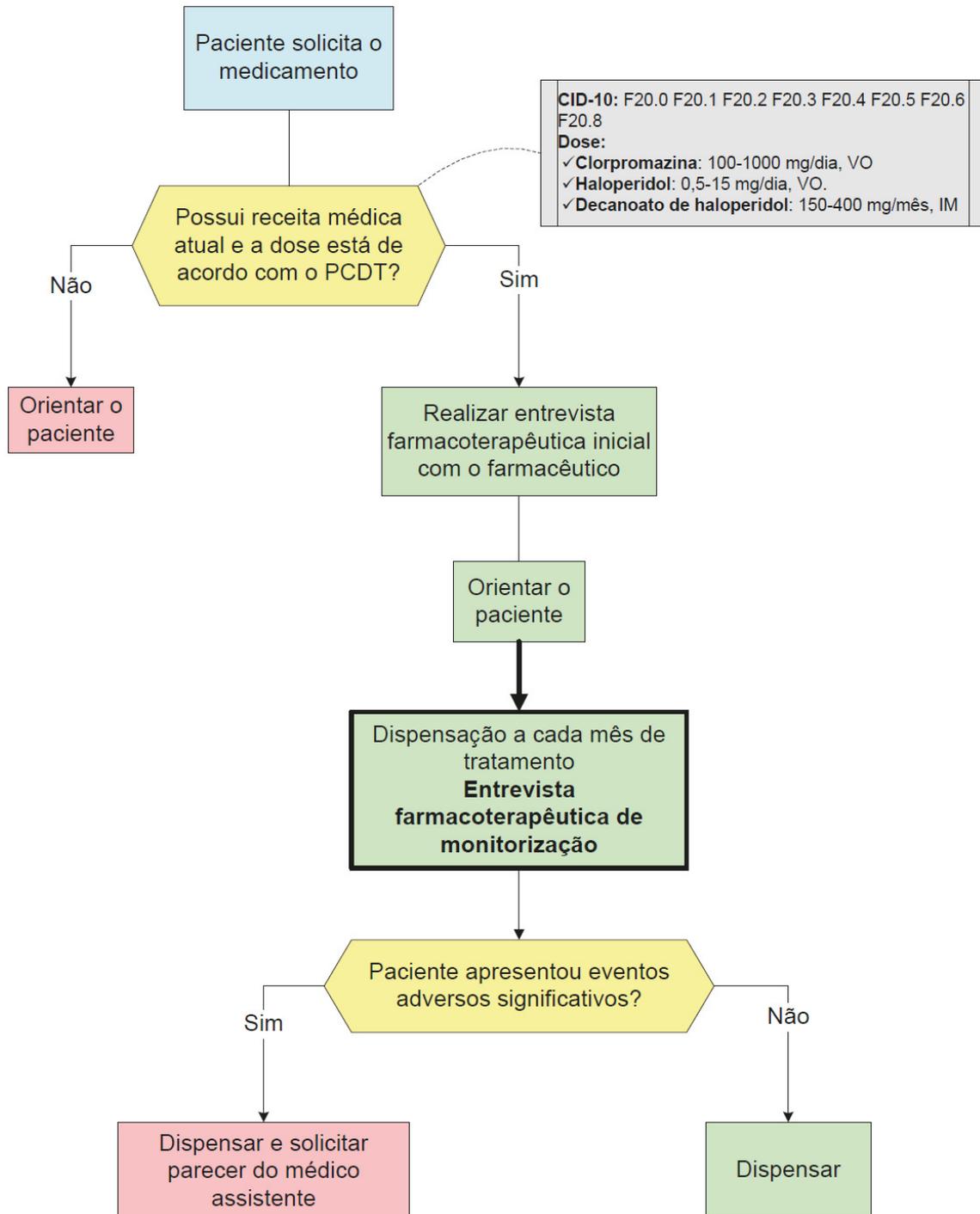
¹⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. SAS. **Portaria 1.554**, de 30 de julho de 2013. Brasília: Diário Oficial da União: 17 nov. 2010, 219:31.

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia**. Anexo da Portaria nº 364 de 9 de abril de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0364_09_04_2013.html> e em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>>.

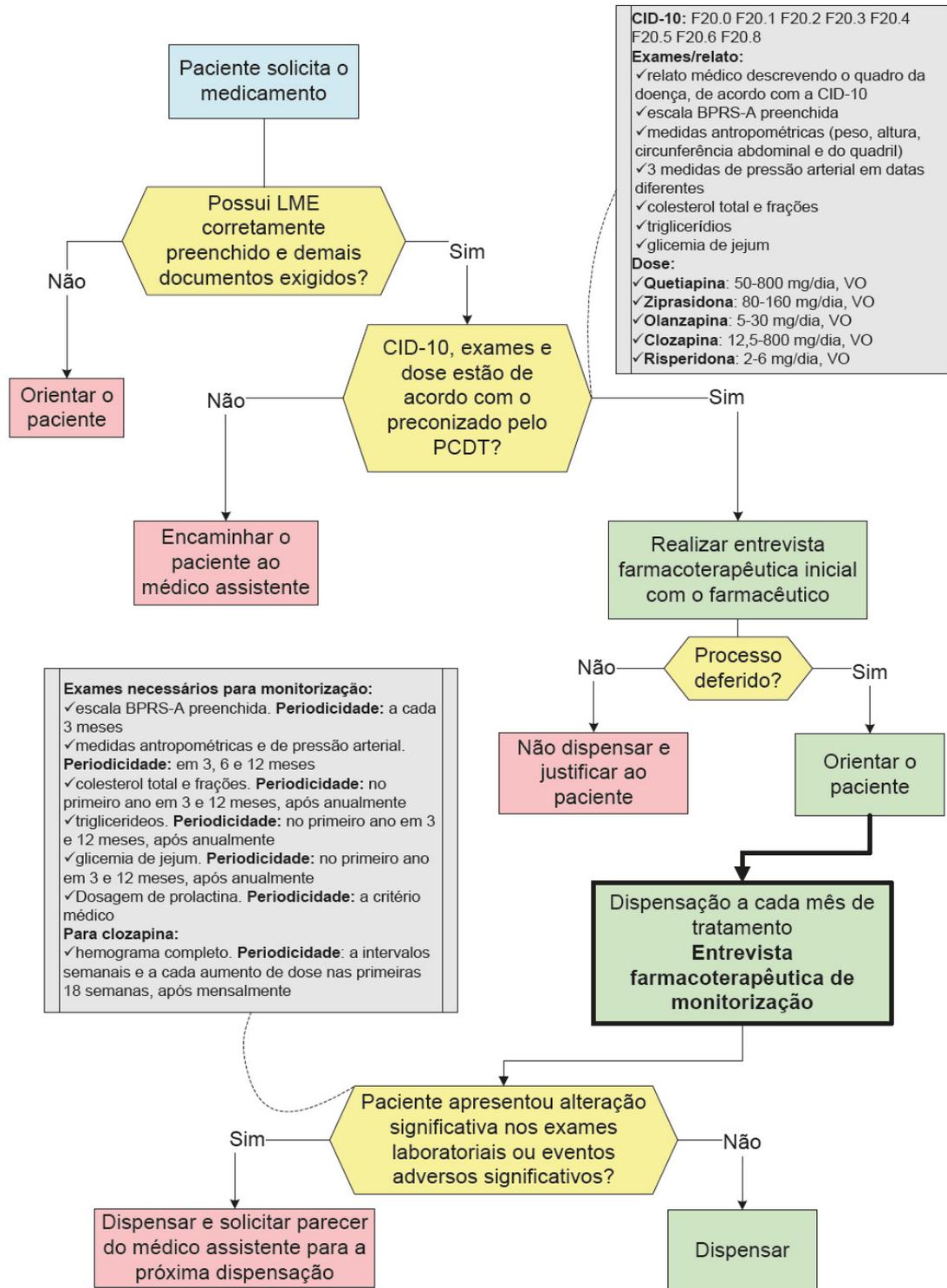
FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO



FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO NEUROLÉPTICOS ESSENCIAIS (CLORPROMAZINA E HALOPERIDOL)



FLUXOGRAMA DE DISPENSAÇÃO DE NEUROLÉPTICOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO



FICHA FARMACOTERAPÊUTICA PARA USO INTERNO DO SUS

1 DADOS DO PACIENTE

Nome: _____
CNS: _____ RG: _____
DN: ___/___/___ Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Sexo: F M
Endereço: _____
Telefones: _____

Médico assistente: _____ CRM: _____
Telefones: _____

Nome do cuidador: _____
Cartão Nacional de Saúde: _____ RG: _____

2 AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

2.1 Possui familiar ou responsável legal interessado, participativo, disponível?

não → excluir do protocolo

sim → Quem? _____

2.2 Qual o tipo de esquizofrenia?

Esquizofrenia paranoide

Esquizofrenia hebefrênica

Esquizofrenia catatônica

Esquizofrenia indiferenciada

Depressão pós-esquizofrênica

Esquizofrenia residual

Esquizofrenia simples

Outras esquizofrenias

2.3 Qual a idade de diagnóstico? _____

2.4 Possui outras doenças diagnosticadas?

não

sim → Quais? _____

2.5 Faz uso de outros medicamentos? não sim → Quais?

Nome comercial	Nome genérico	Dose total/dia e via	Data de início	Prescrito
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
				<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim

2.6 Já apresentou reações alérgicas a medicamentos?

sim → Quais? A que medicamentos? _____

não

3 MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO

Medidas antropométricas

	Inicial	3º mês	6º mês	12º mês
Data				
Peso				
Altura				
Circunferência abdominal				
Circunferência do quadril				

Pressão arterial

	Inicial			3º mês	6º mês	12º mês
Data						
Pressão arterial						

Exames laboratoriais

	Inicial	3º mês	12º mês
Data prevista			
Data			
Colesterol total			
HDL			
LDL			
Triglicerídeos			
Glicemia de jejum			

Para clozapina

	Inicial	1º sem	2º sem	3º sem	4º sem	5º sem
Data prevista						
Data						
Hemoglobina						
Leucócitos						
Neutrófilos						
Linfócitos						
Plaquetas						

	6º sem	7º sem	8º sem	9º sem	10º sem	11º sem
Data prevista						
Data						
Hemoglobina						
Leucócitos						
Neutrófilos						
Linfócitos						
Plaquetas						

	12° sem	13° sem	14° sem	15° sem	16° sem	17° sem	18° sem
Data prevista							
Data							
Hemoglobina							
Leucócitos							
Neutrófilos							
Linfócitos							
Plaquetas							

Escala BPRS-A

	Inicial	3° mês	6° mês	9° mês	12° mês
Data					
Escore					

3.1 Apresentou valores alterados?

Sim: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para ajuste de dose e até interrupção do tratamento

Não: Dispensar

3.2 Houve redução de pelo menos 30% no escore da Escala BPRS-A?

Não: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para ajuste de dose e até interrupção do tratamento

Sim: Dispensar

3.3 Paciente está aderindo o tratamento pela via oral?

Não: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente para a possibilidade de troca para decanoato de haloperidol

Sim: Dispensar .

3.4 Apresentou sintomas que indiquem eventos adversos? (preencher Tabela de Eventos adversos)

Não: Dispensar

Sim: passar para pergunta 3.5

3.5 Evento adverso necessita de avaliação do médico assistente?

Não: Dispensar

Sim: Dispensar e encaminhar o paciente ao médico assistente (para efeitos extrapiramidais recomenda-se uso de biperideno ou propranolol)

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES, PELA FARMÁCIA

ESTE É UM GUIA QUE CONTÉM ORIENTAÇÕES SOBRE SUA DOENÇA E O MEDICAMENTO QUE VOCÊ ESTÁ RECEBENDO GRATUITAMENTE PELO SUS.

SEGUINDO AS ORIENTAÇÕES, VOCÊ TERÁ MAIS CHANCE DE SE BENEFICIAR COM O TRATAMENTO.

1 DOENÇA

- É um transtorno mental no qual ocorrem vários tipos de sintomas tais como inversão do ciclo de sono, isolamento social, perda de interesse por atividades anteriormente agradáveis, apatia, descuido com a higiene pessoal, ideias bizarras, comportamentos poucos habituais, dificuldades em manter as atividades diárias de trabalho e estudo, delírios, alucinações, pensamento e fala desorganizada, impulsos ou agressividade, entre outros.
- Os sintomas podem variar de pessoa para pessoa, podendo aparecer de forma gradual ou manifestar-se na forma de surtos. Alguns sintomas podem oscilar, aparecer e desaparecer.
- Não existe uma causa única, podendo ter várias causas como quadro psicológico, o ambiente, histórico familiar da doença ou outros transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas, entre outros.
- Afeta tanto homens quanto mulheres, geralmente começando na adolescência ou na fase adulta jovem, mas pode começar em idade mais avançada.

2 MEDICAMENTO

- Estes medicamentos melhoram os sintomas, deixando a pessoa mais “estabilizada” para manter sua vida diária.

3 GUARDA DO MEDICAMENTO

- Conserve os medicamentos na embalagem original, bem fechados.
- Mantenha os medicamentos fora do alcance das crianças.
- Guarde o medicamento protegido do calor, ou seja, evite lugares onde exista variação de temperatura (cozinha e banheiro).

4 ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Tome os comprimidos ou cápsulas sem mastigar ou abrir com ajuda de um líquido.
- Tome exatamente a dose que o médico indicou, estabelecendo um mesmo horário todos os dias.
- **Risperidona, haloperidol, clorpromazina, clozapina, quetiapina, olanzapina:** tome o comprimido antes, durante ou após as refeições.
- **Ziprasidona:** tome a cápsula junto às refeições.
- Soluções orais de **clorpromazina e haloperidol:** utilizar o número de gotas indicadas pelo médico, misturando com água e cuidando para não gotejar a mais ou a menos.
- Em caso de esquecimento de uma dose tome assim que lembrar. Se faltar pouco tempo para a próxima tomada, aguarde e tome somente a quantidade do próximo horário. Não tome a dose dobrada para compensar a que foi esquecida.

- **Decanoato de haloperídol:** deve ser aplicado por via intramuscular (normalmente nas nádegas, a cada 4 semanas) por um profissional de saúde devidamente capacitado.

5 REAÇÕES DESAGRADÁVEIS

- Apesar dos benefícios que o medicamento pode trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, tais como sonolência, sedação, tonturas, dor de cabeça, cansaço, visão turva, ganho de peso, tremores, entre outras.
- Se houver algum destes ou outros sinais/sintomas, comunique-se com seu médico ou farmacêutico.
- Maiores informações sobre reações adversas constam no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade, documento assinado por você ou pelo responsável legal e pelo médico.

6 USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

- Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do médico ou orientação de um profissional de saúde.

7 REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE LABORATÓRIO

- A realização dos exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.
- **Para a clozapina:** o acompanhamento por meio de hemogramas deve ser feito com frequência semanal nas primeiras 18 semanas de tratamento e após mensalmente. Isto porque este medicamento pode levar a uma redução significativa das células de defesa e de coagulação do sangue, podendo levar a infecções e sangramentos.

8 OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Estes medicamentos devem ser utilizados sob supervisão de um familiar ou responsável legal interessado, participativo e disponível.
- Evite dirigir ou operar máquinas, pelo menos no início do tratamento, até que a resposta do organismo ao medicamento seja conhecida.
- Quando estiver sentado ou deitado, procure não levantar rapidamente para evitar tonturas.
- Evite o uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento.
- Em caso de gravidez, comunique ao médico imediatamente.
- **Risperidona:** se ficar muito tempo exposto ao sol e não estiver usando roupas que protegem o corpo, use protetor solar, pois a pele pode ficar mais sensível.
- **Quetiapina:** se ficar muito tempo exposto ao sol, tome bastante líquido para evitar desidratação ou conforme orientação médica.
- **Olanzapina:** durante o tratamento tome bastante água, no mínimo 2 litros por dia, ou conforme orientação médica.
- **Decanoato de haloperídol:** é necessário algum tempo (3 a 9 dias) após a primeira injeção para você sentir os efeitos completos do medicamento.

9 RENOVAÇÃO DA CONTINUIDADE DO TRATAMENTO

- Converse com o farmacêutico do SUS para saber quais os documentos e exames são necessários para continuar recebendo os medicamentos.

10 EM CASO DE DÚVIDAS

- Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com seu médico ou farmacêutico do SUS.

11 OUTRAS INFORMAÇÕES

SE, POR ALGUM MOTIVO, NÃO USAR O MEDICAMENTO,
DEVOLVA-O À FARMÁCIA DO SUS.