TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO			
Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 7, de 14 de maio de 2021			
CID 10	**F25.0; F25.1; F25.2**		
Inclusão (Critérios gerais)	Pacientes que preencherem os critérios para diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo e que em caso de grave prejuízo funcional com perda da autonomia, que exija tratamento em regime de internação, tenham familiar, responsável legal ou funcionário de instituição de saúde para acompanhamento.		
Anexos Obrigatórios	**Formulário Médico para Transtorno Esquizoafetivo** completamente preenchido e assinado pelo médico. **Para Clozapina**: hemograma com plaquetas.		
Medicamento	**RISPERIDONA**	**QUETIAPINA**	**OLANZAPINA**
Apresentação	1 e 2 mg (comprimidos)	25, 100, 200 e 300mg (comprimidos)	5 e 10 mg (comprimidos)
Administração	**Dose máxima:** 6 mg/dia. • Uso adulto e pediátrico acima de 5 anos.	**Dose máxima:** 800 mg/dia. • Uso adulto.	**Dose máxima:** 20 mg/dia. • Poderá ser utilizada até a dose de 30 mg/dia quando for substituir a clozapina por efeitos adversos graves, em pacientes refratários. • Uso adulto.
Prescrição Máxima Mensal	186 cp (1 mg) 93 cp (2 mg)	992 cp (25 mg), 248 cp (100 mg), 124 cp (200 mg); 62 cp (300 mg).	186 cp (5 mg) 93 cp (10 mg)
Medicamento	**ZIPRASIDONA**	**CLOZAPINA**	
Apresentação	40 e 80 mg (cápsula)	25 e 100 mg (comprimidos)	
Administração	**Dose Máxima:** 160 mg/dia. • Uso adulto.	**Dose Máxima:** 800 mg/dia. • Em caso de risco **grave de suicídio**, dispensar somente para o **responsável legal**, com registro claro de alerta para a **dose letal (2,5 g).** • Uso adulto.	
Prescrição Máxima Mensal	124 cap (40 mg) 62 cap (80 mg)	992 cp (25 mg), 248 cp (100 mg)	
Monitoramento	**Antes do início do tratamento** é obrigatória a avaliação: idade, antropometria (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), 3 medidas de pressão arterial e de pulso em datas diferentes, hemograma com plaquetas, concentração de sódio e potássio, dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos e glicemia de jejum. **Após o início do tratamento**: - Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses; - Perfil lipídico e glicemia de jejum em 3 e 12 meses. Após, monitorar anualmente; - Hemograma com plaquetas, sódio e potássio repetir anualmente; - Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais.		
		Hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras 18 semanas e, após, mensalmente.	

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica

<table>
<tr><td rowspan="2">Exclusão</td><td colspan="2">Pacientes com psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento e acompanhamento contínuo. Hipersensibilidade aos fármacos ou qualquer contraindicação absoluta ao seu uso.</td></tr>
<tr><td></td><td>Leucócitos abaixo de 3.000/mm3, neutrófilos abaixo de 1.500/mm3 ou plaquetas abaixo de 100.000/mm3, doenças mieloproliferativas ou uso de agentes mielossupressores, história de agranulocitose/granulocitopenia com Clozapina, depressão do sistema nervoso central ou estado comatoso de qualquer natureza, íleo paralítico, história de miocardite por Clozapina, doenças hepáticas ou cardíacas graves ou epilepsia não controlada.</td></tr>
<tr><td>Tempo de Tratamento</td><td colspan="2">Critério médico.</td></tr>
<tr><td>Associações Não Permitidas</td><td colspan="2">Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si.</td></tr>
<tr><td>Validades do Exame</td><td colspan="2">Hemograma com plaquetas: 6 meses.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Especialidade Médica</td><td>Novas Solicitações e Adequações</td><td>Psiquiatria, Médico com Experiência em Saúde Mental, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental.</td></tr>
<tr><td>Renovações Sem Alterações</td><td>Conforme PCDT não há exigência de especialidade.</td></tr>
<tr><td>Renovação</td><td colspan="2">LME + Receita médica.</td></tr>
<tr><td>Adequação</td><td colspan="2">- Aumento/redução de dosagem: LME + receita médica (autorizado pela própria Unidade).
- Troca de medicamentos: LME + receita médica + Termo (TER) + Formulário Médico.
- Troca de CID - LME + receita médica.
- Se adequação com CLOZAPINA - LME + receita médica + Termo (TER) + Formulário médico + Hemograma com plaquetas.</td></tr>
<tr><td colspan="3">CASOS ESPECIAIS:
- Usuários com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo com risco de suicídio no momento e aqueles que desenvolverem discinesia tardia com repercussão significativa poderão ser tratados com CLOZAPINA, independente de terapias prévias.</td></tr>
<tr><td colspan="3">CID 10
F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto</td></tr>
</table>

DIAF
Diretoria de Assistência Farmacêutica