

| TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 7, de 14 de maio de 2021 | | | |
| Medicamento | RISPERIDONA | QUETIAPINA | OLANZAPINA |
| CID 10 | F25.0; F25.1; F25.2 | | |
| Apresentação | 1 e 2 mg (comprimidos) | 25, 100, 200 e 300mg (comprimidos) | 5 e 10 mg (comprimidos) |
| Inclusão | Usuários de saúde que preencherem os critérios para diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo e que em caso de grave prejuízo funcional e perda da autonomia, que exija tratamento em regime de internação, que tenham familiar ou responsável legal para acompanhamento. | | |
| Anexos Obrigatórios | Formulário Médico para Transtorno Esquizoafetivo completamente preenchido e assinado pelo médico Exames: hemograma com plaquetas, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, concentração de sódio e potássio | | |
| Administração | Dose Máxima: 6 mg/dia. | Dose Máxima: 800 mg/dia. | Dose Máxima: 20 mg/dia. • Na ocorrência de efeitos adversos graves da Clozapina, em usuários refratários, poderá ser utilizada até a dose de 30mg/dia. |
| 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) |
| Monitoramento | - Medidas antropométricas e de pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses; Após, monitorar anualmente; - Perfil lipídico, glicemia de jejum e eletrólitos em 3 e 12 meses; Após seguimento de 12 meses, monitorar anualmente. - Nível sérico de prolactina sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais. | | |
| Exclusão | Usuários 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 contra-indicação absoluta ao seu uso. | | |
| Tempo de Tratamento | Indeterminado | | |
| Medicamento | ZIPRASIDONA | CLOZAPINA | |
| CID 10 | F25.0; F25.1; F25.2 | | |
| Apresentação | 40 e 80 mg (cápsula) | 25 e 100 mg (comprimidos) | |
| Inclusão | Usuários que preencherem os critérios para diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo, e que tenham familiar ou responsável legal para acompanhamento. | | |
| | | Poderá ser considerada em caso de refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas. Também em casos de alto risco de suicídio e discinesia tardia de repercussão significativa, mesmo antes de se completarem 6 semanas. | |

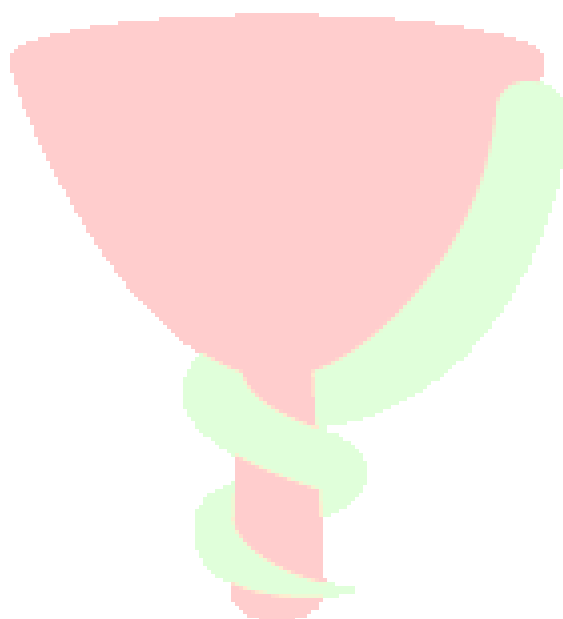
| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anexos Obrigatórios | Formulário Médico para Transtorno Esquizoafetivo completamente preenchido e assinado pelo médico Exames: hemograma com plaquetas, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, sódio e potássio. | |
| Administração | Dose Máxima: 160 mg/dia. | 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) . |
| Prescrição Máxima Mensal | 124 cap (40 mg) 62 cap (80 mg) | 992 cp (25 mg), 248 cp (100 mg) |
| Monitoramento | - 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, AST e ALT 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. |
| Exclusão | Usuários 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. | |
| | | Leucócitos abaixo de 3.000/mm ³ , neutrófilos abaixo de 1.500/mm ³ ou plaquetas abaixo de 100.000/mm ³ , 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. |
| Tempo de Tratamento | Indeterminado | |
| Associações Não Permitidas | Os medicamentos deste PCDT não podem ser associados entre si. | |
| Validades dos Exames | Hemograma com plaquetas, colesterol total e frações, triglicerídeos, glicemia de jejum, AST e ALT: 6 meses *Para adequação Clozapina o hemograma apresentado deve ter validade de 30 dias. | |
| Especialidade Médica | Novas Solicitações e Adequações | Psiquiatria, CAPS ou Ambulatório de Saúde Mental. |
| | Renovações Sem Alterações | Conforme PCDT não há exigência de especialidade. |
| 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. - No caso de usuário em internação psiquiátrica hospitalar ou com grave prejuízo funcional, que exige institucionalização ou perda da autonomia, é necessária a presença de um familiar ou responsável legal . | | |

CID 10

F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco

F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo

F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto



DIAF

Diretoria de Assistência
Farmacêutica