



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
Superintendência de Assistência Farmacêutica



Manual de orientação para acompanhamento de pacientes da Saúde Mental, pela Clínica Médica. Medicamentos e cuidados.



Recife-2013

Governador do Estado de Pernambuco

Eduardo Henrique Accioly Campos

Vice-Governador do Estado de Pernambuco

João Soares Lyra Neto

Secretário de Estado de Saúde de Pernambuco

Antonio Carlos dos Santos Figueira

Secretaria Executiva de Atenção à Saúde

Tereza de Jesus Campos Neta

Superintendência de Assistência Farmacêutica

José de Arimatea Rocha Filho

Gerência de Operacionalização da Política de Assistência Farmacêutica

Maria Selma Lopes Machado

Elaboração

Comitê Interdisciplinar instituído pela Secretara Estadual da Saúde de Pernambuco para Revisão da Política de Saúde Mental (2007)

Ana Cláudia Florêncio Neves – Gerência de Assistência Farmacêutica

Ana Paes Barreto – Gerência de Saúde Mental

Bruno Nascimento – Gerência de Saúde Mental

José Carlos Andrade Fontes – Colegiado de Saúde Mental

Juciana Maria Ferreira Cavalcanti – Representante dos Municípios

Lindenberg Macedo – Colegiado de Saúde Mental

Márcia Maria Vidal Neves – Superintendência de Planejamento

Maria Selma Lopes Machado – Gerência de Assistência Farmacêutica

Tayronni Meneses de Castro – Colegiado de Saúde Mental

Atualização – 2013

Marco Antônio de Souza Leão – Médico Psiquiatra (Hospital Ulisses Pernambucano e representante do Comitê Assessor em Farmácia terapêutica - SAF/ SES/PE).

Revisão

Dagoberto Carvalho Júnior – Coordenador dos Comitês Assessores em Farmácia terapêutica.

Antônio Peregrino Medeiros da Silva - Médico Psiquiatra (Hospital Universitário Oswaldo Cruz e representante do Comitê Assessor em Farmácia terapêutica - SAF/ SES/PE).

Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica – CEFT, Portaria SES/PE N° 216, de 11 de abril de 2012.

Da relutância de deixar as coisas como estão.

Do excessivo zelo pelo que é novo, e o desprezo por aquilo que é antigo.

Da preocupação de valorizar o conhecimento mais que a sabedoria, a técnica mais do que a arte e a esperteza mais do que o senso comum.

Do hábito de tratar paciente como casos, e da conduta terapêutica mais penosa do que a própria doença.

DEUS NOS PROTEJA!

SIR Robert Hutchison

SUMÁRIO

<i>Apresentação</i>	6
<i>Objetivos Gerais</i>	6
<i>Justificativa</i>	6
<i>Elenco dos medicamentos do programa de saúde mental</i>	7
<i>Transtornos mentais</i>	10
<i>Transtornos psicóticos</i>	10
<i>Terapêutica medicamentosa</i>	13
<i>Diretrizes para o tratamento da Esquizofrênia</i>	17
<i>Síndrome depressiva</i>	18
<i>Distemia</i>	19
<i>Síndrome maníaca</i>	20
<i>Síndrome hipomaníaca</i>	20
<i>Transtornos</i>	20
<i>Epilepsia e transtornos</i>	38
<i>Referências</i>	41
<i>Apêndice I (Laudo médico em esquizofrenia)</i>	43
<i>Anexo I (Fontes para consultas e informações)</i>	45
<i>Anexo II (Modelos de prescrição)</i>	47

1- APRESENTAÇÃO

Este Manual é uma compilação do Protocolo Técnico e Diretrizes Terapêuticas elaboradas pelo Comitê Interdisciplinar instituído pela Secretaria Estadual da Saúde de Pernambuco para Revisão da Política de Saúde Mental em 2006, com a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2012) e das Portarias pertinentes.

2- OBJETIVOS GERAIS

2.1-Oferecer subsídios à prática diária de médicos generalistas e da Estratégia de Saúde da Família para o atendimento aos portadores de transtornos mentais.

2.2- Estimular os gestores municipais a garantir aos munícipes o acesso à medicação básica para o tratamento dos transtornos psíquicos.

2.3-Fortalecer a Assistência Farmacêutica ambulatorial na saúde mental com garantia de distribuição dos medicamentos essenciais de acordo com diretrizes da Política Nacional de Medicamentos

3- JUSTIFICATIVA

A prevalência dos Transtornos mentais é bastante alta. Considerando o atual déficit de especialistas não só no Estado, mas em todo o país; as dificuldades dos municípios, na identificação, tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores de transtornos mentais; dos serviços de farmácia em dispensar de forma racional os psicofármacos, a capacitação das equipes de Saúde Mental e atualização dos médicos generalistas na prescrição desses fármacos são estratégias para alcançar os propósitos da Política Nacional de Saúde Mental, consoante os Princípios do Sistema Único de Saúde.

4- ELENCO DOS MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

(CBAF)- Componente Básico Assistência Farmacêutica

(CEAF)-Componente Especializado Assistência Farmacêutica

01	Amitriptilina 25mg	Comprimido	(CBAF)
02	Biperideno 2mg	Comprimido	(CBAF)
03	Bupropiona 150 mg	Comprimido	(CEAF)
04	Carbamazepina 200mg	Comprimido	(CBAF)
05	Carbamazepina 20mg/ml	Suspensão oral	(CBAF)
06	Carbonato de lítio 300mg	Comprimido	(CBAF)
07	Clomipramina 10mg	Comprimido	(CBAF)
08	Clomipramina 25mg	Comprimido	(CBAF)
09	Clonazepam 0,5mg	Comprimido	(CBAF)
10	Clonazepam 2mg	Comprimido	(CBAF)
11	Clorpromazina 40mg/ml	Sol. Oral	(CBAF)
12	Clorpromazina 25mg	Comprimido	(CBAF)
13	Clorpromazina 100mg	Comprimido	(CBAF)
14	Clozapina 25mg	Comprimido	(CBAF)
15	Clozapina 100mg	Comprimido	(CEAF)
16	Diazepam 5mg	Comprimido	(CBAF)
17	Diazepam 10 mg	Comprimido	(CBAF)
18	Diazepam 5mg/ml	Solução injetável	(CBAF)
19	Fenitoína 50mg/ml	Solução injetável	(CBAF)
20	Fenitoína 20mg/ml	Suspensão oral	(CBAF)
21	Fenitoína 100mg	Comprimido	(CBAF)
22	Fenobarbital 40mg/ml	Sol. Oral	(CBAF)
23	Fenobarbital sódico 100mg	Comprimido	(CBAF)

24	Fenobarbital 100mg/ml	Sol. Injetável	(CBAF)
25	Fluoxetina, cloridrato 20mg	Cápsula ou Comprimido	(CBAF)
26	Gabapentina 300mg	Cápsula	(CEAF)
27	Gabapentina 400 mg	Cápsula	(CEAF)
28	Haloperidol decanoato 50mg	Ampola	(CBAF)
29	Haloperidol 2mg/ml	Sol. Oral	(CBAF)
30	Haloperidol 1mg	Comprimido	(CBAF)
31	Haloperidol 5mg	Comprimido	(CBAF)
32	Haloperidol 5 mg/ml	Sol. Injetável	(CBAF)
33	Lamotrigina 25 mg	Comprimidos	(CEAF)
34	Lamotrigina 50mg	Comprimido	(CEAF)
35	Lamotrigina 100mg	Comprimido	(CEAF)
36	Metadona 5 mg	Comprimido	(CEAF)
37	Metadona 10 mg	Comprimido	(CEAF)
38	Metadona 10mg/ml	Sol.injetável	(CEAF)
39	Midazolam 2mg/ml	Sol. Oral	(CBAF)
40	Nortriptilina 10mg	Comprimido	(CBAF)
41	Nortriptilina 25mg	Comprimido	(CBAF)
42	Nortriptilina 50mg	Comprimido	(CBAF)
43	Nortriptilina 75 mg	Cápsula	(CBAF)
44	Olanzapina 5 mg	Comprimido	(CEAF)
45	Olanzapina 10 mg	Comprimido	(CEAF)
46	Quetiapina 25mg	Comprimido	(CEAF)
47	Quetiapina 100mg	Comprimido	(CEAF)
48	Quetiapina 200mg	Comprimido	(CEAF)
49	Quetiapina 300mg	Comprimidos	(CEAF)
50	Risperidona 1 mg	Comprimidos	(CEAF)

51	Risperidona 2 mg	Comprimido	(CEAF)
52	Risperidona 3 mg	Comprimido	(CEAF)
53	Topiramato 25 mg	Comprimido	(CEAF)
54	Topiramato 50 mg	Comprimido	(CEAF)
55	Topiramato 100mg	Comprimido	(CEAF)
56	Valproato de Sódio/Ácido Valpróico 250mg/5ml	Suspensão oral	(CBAF)
57	Valproato de Sódio/Ácido Valpróico 250mg	Comprimido	(CBAF)
58	Valproato de Sódio/Ácido Valpróico 500mg	Comprimido	(CBAF)
59	Ziprazidona 40 mg	Comprimido	(CEAF)
60	Ziprazidona 80 mg	Comprimido	(CEAF)

5- TRANSTORNOS MENTAIS

5.1- TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia e Transtornos Delirantes

A esquizofrenia é um transtorno mental que em geral se inicia no adulto jovem e afeta a vida do indivíduo e de seus familiares. Tem prevalência de 0,5 a 1% na população geral e incidência de cerca de 4 casos novos por ano numa população de 10.000 habitantes.

Como incide em os indivíduos no início da vida produtiva, compromete seus relacionamentos sociais, sua vida profissional e afetiva.

Ocorre quase que igualmente em homens e mulheres, raramente antes da puberdade ou após os 50 anos de idade. As mulheres apresentam um curso mais brando e, portanto, um melhor prognóstico comparado aos homens. Quando a história familiar é positiva, a idade de início é mais precoce em ambos os sexos. É uma doença de evolução crônica, que exige um acompanhamento do paciente em longo prazo. O objetivo principal do acompanhamento psiquiátrico é a prevenção de recaídas, pois essas contribuem para a deterioração cognitiva e afetiva do paciente. Como objetivos secundários, estão a prevenção do suicídio, a reabilitação do paciente e a diminuição do estresse familiar. Os cuidados familiares são imprescindíveis para se evitar uma evolução residual. Apesar de seu tratamento ser ainda limitado, tem havido nos últimos anos importantes contribuições para o conhecimento desta grave patologia.

Classicamente existem variações na apresentação clínica, com implicações terapêuticas e prognósticas. Entretanto, algumas características são comuns: uma alteração detectável ocorre na vida do indivíduo (quebra na curva de vida), mais frequentemente com tendência ao isolamento, desconfiança, estranheza, autoreferência, prejuízo nos cuidados pessoais assim como nos rendimentos intelectuais ou profissionais. Paralelamente, são observadas alterações namento. O caráter bizarro é proeminente e quanto mais precoce é esta alteração, pior o prognóstico.

Podemos dividir os sintomas esquizofrênicos em três grupos:

Positivos: Alucinações (percepção sem objeto), principalmente auditivas e delírios (alteração do julgamento da realidade) são disfunções que surgem. Podem ainda ocorrer (em função dos delírios e das alucinações), comportamento bizarro, atos impulsivos, agitação psicomotora.

Negativos: Comprometimento afetivo (Pouca ressonância afetiva, embotamento), alteração da vontade e do pragmatismo, anedonia (incapacidade de sentir

prazer), empobrecimento da linguagem e do pensamento, diminuição da fluência verbal, autonegligência, lentificação psicomotora.

Desorganização: Alogia (raciocínio sem lógica), comportamento bizarro, alteração do curso do pensamento, afeto inadequado; a tônica é a desorganização, a inadequação das reações.

Formas Clínicas

- Esquizofrenia paranóide (F20. 0) – É a apresentação mais frequente e de prognóstico mais favorável, inicia-se normalmente de forma insidiosa, em geral entre os quinze e os trinta anos. Seu quadro clínico é e dominado pelos sintomas positivos tais como alucinações/ ilusões (auditivas mais comumente) acompanhadas de atividade delirante, predominantemente persecutória (mas também grandiloquente, místico-religiosa, erótica, etc.). Estas alterações passam a dominar a vida do paciente, levando-o a adotar posturas de isolamento, agressividade, desconfiança, etc.
- Esquizofrenia hebefrênica (F20. 1) – São proeminentes as alterações da afetividade (afeto inapropriado, superficial, pueril, risos imotivados, ambivalência, embotamento) assim como as desordens do pensamento (pensamento desorganizado, "frouxo", discurso fragmentado). Inicia-se muito precocemente na adolescência e das três formas mais freqüentes, é a de pior prognóstico, principalmente pela predominância da sintomatologia negativa.
- Esquizofrenia catatônica (F20. 2) – Predominam alterações na psicomotricidade. Posturas motoras bizarras podem surgir. São comuns negativismo (isto é, a falta de cooperação de comportamento e motricidade (seja de forma ativa ou apenas por recusa passiva a responder aos comandos). mutismo, rigidez muscular, flexibilidade cérea (posturas como que "de estátua", imóvel, muitas vezes de forma pouco convencional para uma postura como, por exemplo, braços para frente ou levantados), estereotípias e maneirismos. Intensa excitação pode alternar-se com grande redução dos movimentos e diminuição da reatividade ao meio ambiente (estupor).

Os quadros clínicos podem superpor-se nas formas paranóide-catatônica, catatônico-hebefrênica, etc. Há outras formas clínicas: indiferenciada, simples, residual, etc.

Diagnóstico diferencial

É importante a compreensão de que várias patologias mentais podem apresentar-se com alucinações e delírios, idéias persecutórias, etc. sem se tratar necessariamente de esquizofrenia.

- Transtorno delirante persistente – Caracteriza-se pela ocorrência de um (ou mais) delírio (s), geralmente estruturado, organizado, que o indivíduo mantém por muitos anos, em geral sem a presença de alucinações. Muitas vezes existe a manutenção da vida produtiva, afetiva e social do indivíduo acometido. Inicia-se em uma faixa etária mais avançada em relação à esquizofrenia.
- Depressão ou mania psicótica – Estes quadros são frequentemente confundidos com a esquizofrenia, o que pode levar a prejuízos importantes ao paciente de forma desnecessária, principalmente pelos efeitos colaterais dos neurolépticos. Sintomas psicóticos, em geral congruentes com o humor, podem compor o quadro de um transtorno afetivo, conferindo-lhe caráter de maior gravidade.
- Transtornos esquizoafetivos (F25) – Ainda controversos na nomenclatura psiquiátrica, apresentam uma mistura dos sintomas afetivos (depressão, lentificação, culpa, hipercinese, euforia, megalomania) com sintomas claramente esquizofrênicos. Seu prognóstico é melhor do que o da esquizofrenia e pior do que o dos transtornos do humor.

Orientações

No contexto atual da Política de Saúde Mental, a ênfase deve ser dada à inserção do usuário nas diversas modalidades assistenciais extra-hospitalares. Além do ambulatório, integrado às demais ações de saúde, é importante o papel do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Estes são Serviços comunitários, de atenção diária, incluindo ações de uma equipe multiprofissional, voltadas para um projeto de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, promovendo uma melhor qualidade de vida.

É fundamental o trabalho junto à família que deve ser orientada quanto à patologia, sua sintomatologia e a forma de conduzir-se frente a mesma. Nos atendimentos, a equipe deve adotar uma postura de compreensão. Todo este trabalho contribuirá para que o paciente consiga lidar melhor com os efeitos colaterais dos medicamentos, com a sintomatologia, assim como aderir ao tratamento medicamentoso e psicossocial.

O internamento nos quadros agudos somente se justifica por breve período, quando há risco para si ou para os outros e quando outras modalidades não existem ou não são suficientes.

Objetivos do Tratamento

Remissão da fase aguda, prevenção de recaídas, prevenção do suicídio, reabilitação social e diminuição do estresse familiar.

Controle do episódio agudo

Tratamento farmacológico, abordagens psicossociais, construção de uma aliança terapêutica, psicoeducação, redução de fatores de risco

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

Antipsicóticos de Primeira Geração (Neurolépticos) e Antipsicóticos de Segunda Geração (Atípicos)

Transtorno	Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Psicótico/ Esquizofrenia (Típicos)	Clorpromazina	Comp.25mg e 100mg Sol. Oral 40mg/ml	300 a 1000mg /dia
	Haloperidol	Comp. 1mg e 5mg Sol. Oral 2mg/ml	2 a 20 mg/dia
	Haloperidol Decanoato	Amp. 50mg	1 a 2 amp./ mês
Esquizofrenia Refratária (Atípicos)	Clozapina ¹	Comp. 25mg e 100mg	300 a 600mg/dia
	Olanzapina ¹	Comp. 5mg e 10mg	05 a 20mg/dia

	Quetiapina ¹	Comp. 25mg, 100mg e 200mg	400 a 600mg/dia
	Risperidona ¹	Comp. 1mg e 2mg	1 a 8mg/dia
	Ziprazidona ¹	Caps. 40mg e 80mg	80 a 160mg/dia

1)Protocolo do Ministério da Saúde (Portaria 364 de 9 de abril de 2013)

O tratamento medicamentoso não deve ser iniciado com altas doses.

No caso de opção pelo Haloperidol (ou outro antipsicótico de primeira geração) pode ser necessário associar um anticolinérgico (ex.: biperideno) para controle de sinais extrapiramidais.

O Biperideno poderá ser reduzido, após algumas semanas, na maioria dos indivíduos. (Desenvolvimento da tolerância aos efeitos colaterais.)

Devido à sua meia-vida de 24 horas, os neurolépticos típicos (Haloperidol) podem ser tomados em dose única, preferencialmente à noite. O fracionamento da dose, entretanto, pode ser necessário a fim de reduzir os efeitos colaterais, como: hipotensão, sedação excessiva ou síndrome extrapiramidal. Por ser uma patologia crônica, recomenda-se um tratamento de manutenção após resolução do quadro agudo.

O Haloperidol decanoato tem seu uso indicado com a ausência de resposta as medicações orais ou em paciente com baixa adesão ao tratamento apresentando, no entanto, maior potencial de efeitos extrapiramidais.

- HALOPERIDOL – As doses iniciais devem ser de 2,0 a 10 mg/dia, divididas em duas tomadas. Não sendo suficiente para conter o quadro agudo, dentro de 5 a 7 dias, aumenta-se 5mg a cada 7 dias, até o máximo de 20 mg/dia. Tem a vantagem de uma ação incisiva para a sintomatologia produtiva e não sendo muito sedativo nem hipotensor, oferecer menor risco de queda. Entretanto possui alta capacidade de produzir efeitos extrapiramidais.
- CLORPROMAZINA – com boa ação sedativa. Deve ser utilizada quando ocorre agitação, agressividade, insônia. Se utilizados em associação com haloperidol, recomendam-se doses de 100 a 600mg/dia. Quando utilizados como terapêutica principal, são necessárias doses maiores de 300 até 1000mg/dia.

Efeitos Colaterais

Ao se iniciar o uso de neurolépticos, uma atenção especial deve ser dada ao possível surgimento de sintomas parkinsonianos, pois isto tornará a adesão ao tratamento mais difícil.

- Síndrome parkinsoniana - Rigidez, lentificação motora, tremores, andar em bloco, sialorréia. O uso de neuroléptico após algum tempo cria tolerância aos efeitos colaterais.

Manejo das Complicações

- Hipotensão ortostática – É mais importante nos idosos e nos que não fazem uso regular. Ao se iniciar um tratamento, a pressão arterial deve ser monitorada.

Tratamento Ambulatorial

Acatisia - Inquietação motora, sensação desagradável nas pernas.

Controle: Com Biperideno, Benzodiazepínicos e Betabloqueadores.

Distonia aguda - Torção de face, pescoço ou tronco, geralmente é doloroso e ocorre mais nos homens jovens. Crises oculógiras (os olhos voltam-se involuntariamente para cima) podem também ocorrer, neste caso, mais nas mulheres jovens

Controle: Anticolinérgicos (Biperideno) preferencialmente intramusculares.

Discinesia tardia - Aparece normalmente após anos de uso contínuo. São movimentos involuntários, normalmente, dos lábios, língua, extremidades e tronco. Podem manter-se quando não tratada logo no início.

Controle: Redução/suspensão da dose ou trocar por antipsicótico.

Paradoxalmente ao se reduzir a dose, os movimentos podem aumentar.

Síndrome neuroléptica maligna: De rara incidência, mas grande risco de mortalidade, caracteriza-se por febre alta, hipertensão, taquicardia, taquipnéia, leucocitose (>15.000) e aumento dos níveis séricos de creatinina fosfoquinase.

Controle: Exige UTI e suspensão total dos neurolépticos.

Outros: Visão borrada, retenção urinária, boca seca, constipação, sedação, agranulocitose, icterícia, retinopatia pigmentar, amenorréia e disfunção sexual no homem.

Interações: As mais importantes são com o álcool e os Inibidores da Monoamino Oxidase (IMAO). Apenas o Haloperidol não oferece risco importante com o álcool. Os IMAO nunca devem ser utilizados com neurolépticos.

Controle dos efeitos colaterais extrapiramidais dos neurolépticos:

- BIPERIDENO - Potente ação anticolinérgica equilibra os efeitos antidopaminérgicos dos neurolépticos. Utilizado de 2 a 8 mg/dia, recomendando-se a dose mínima eficaz, preferivelmente de uso diurno. Pode determinar uma leve redução da ação neuroléptica.

Diretrizes para o Tratamento da Esquizofrenia

Fase aguda

- Antipsicótico típico (haloperidol com ou sem biperideno), podendo-se associar outro antipsicótico para controle de sintomas alvo (clorpromazina, em baixa dose).
- Clorpromazina em doses mais altas (p.ex. intolerância ao Haloperidol).

Fase de manutenção

- Antipsicótico na menor dose que forneça controle sintomatológico (lembrar que o uso continuado de antipsicótico não é inócuo, podendo ocasionar efeitos colaterais no longo prazo, p.ex. discinesia tardia).

Esquizofrenia refratária/ de difícil controle/ predomínio de sintomas negativos

- Antipsicótico atípico

Deverá ser seguido o Protocolo do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a prescrição desses antipsicóticos (Portaria nº 364, de 9 de abril de 2013).

Orientações finais

Devido ao curso crônico e deteriorante da esquizofrenia, recomenda-se a manutenção do tratamento após a fase aguda, preferivelmente com a mesma substância com a qual o paciente obteve melhora. Tanto pode ser realizada com medicação oral, como com medicação injetável do tipo depósito (Haloperidol decanoato). As doses necessárias para a manutenção do tratamento estão em torno de metade a 1/3 da dose usada no tratamento da fase aguda. Pela cronicidade e gravidade da doença, a maior parte dos pacientes precisa de uso contínuo.

5.2-Transtorno do Humor (síndrome depressiva, distimia, síndrome maníaca, síndrome hipomaníaca, transtorno bipolar tipo I, transtorno bipolar tipo II).

São transtornos onde o comprometimento básico (mas não exclusivo) está no humor (elevado ou rebaixado), com alegrias ou tristezas patológicas. Algumas síndromes clínicas estão englobadas nesta rubrica. A depressão (unipolar ou bipolar), a distimia, os episódios hipomaníaco e maníaco, a ciclotimia. O transtorno bipolar se caracteriza pela alternância de fases de elevação do humor (mania ou hipomania) e de fases de rebaixamento do humor (depressão); podendo ainda haver fases em que estão presentes ambos os sintomas (episódio misto).

Prevalência (transtornos do humor)

- 1,2% transtorno bipolar
- 4,4% depressão maior
- 3,1% distimia

Incidência (depressão)

- 4,3 por 10.000 pessoas ao ano (homens)
- 7,6 por 10.000 pessoas ao ano (mulheres)

5.2.1 - Síndrome depressiva - F32-F33

Sintomas Afetivos

Tristeza, melancolia, choro fácil e/ou freqüente, apatia (indiferença afetiva, “tanto faz como tanto fez”), sentimento de falta de sentimento, de tédio, de aborrecimento, irritabilidade aumentada (a ruídos, pessoas, vozes), angústia ou ansiedade, desespero, desesperança.

Alterações da esfera instintiva e neurovegetativa

Fadiga, cansaço fácil e constante (corpo pesado), desânimo, diminuição da vontade (hipobulia), insônia ou hipersonia, perda ou aumento do apetite, constipação, palidez, pele fria com diminuição do turgor, diminuição da libido (desejo sexual), diminuição da resposta sexual (anorgasmia, disfunção erétil), anedonia (incapacidade de sentir prazer em várias esferas).

Alterações ideativas

Ideação negativa, pessimismo em relação a tudo, idéias de arrependimento e de culpa, rumações com mágoas antigas, idéias de morte, desejo de desaparecer, dormir para sempre, ideação, planos ou atos suicidas.

Alterações cognitivas

Déficit de atenção e concentração, déficit secundário de memória, dificuldade de tomar decisões, pseudodemência depressiva.

Alterações da autoavaliação

Sentimento de baixa auto-estima, sentimento de insuficiência, de incapacidade, sentimento de vergonha e auto-depreciação.

Alterações da volição e da psicomotricidade

Tendência a permanecer na cama por todo o dia (clinofilia), aumento na latência entre as perguntas e as respostas, lentificação psicomotora até o estupor, estupor hipertônico ou hipotônico, diminuição da fala, redução da voz, fala muito lentificada, mutismo (negativismo verbal), negativismo (recusa à alimentação, à interação pessoal),

Sintomas psicóticos

Idéias delirantes de conteúdo negativo: delírio de ruína ou miséria, delírio de culpa, delírio hipocondríaco e/ou de negação dos órgãos, delírio de inexistência (de si e/ou do mundo), alucinações, geralmente auditivas, com conteúdos depressivos, ilusões auditivas ou visuais, ideação paranóide e outros sintomas psicóticos humor-incongruentes.

Subtipos clínicos de depressão

Depressão melancólica, depressão atípica, depressão psicótica, depressão sazonal, depressão ansiosa, depressão secundária, estupor depressivo

5.2.2 – Distímia - F34.1

Quadro depressivo leve, duradouro, de início insidioso. Começa no início da vida adulta e dura vários anos (pelo menos dois).

5.2.3 - Síndrome maníaca - F30

Aumento da auto-estima, sensação de bem-estar geral, elevação do humor, irritabilidade, humor lábil, logorréia, pensamento arborizado, fuga de idéias, pressão para falar, hipermnésia, “mais inteligente”, distraibilidade (distúrbio da atenção), agitação psicomotora, hiperatividade ocupacional com redução da produtividade, arrogância, heteroagressividade (física e/ou verbal), desinibição social e sexual, comportamento indecoroso, prodigalidade, delírios (idéias deliróides) de grandeza ou de poder, alucinações (auditivas), ilusões, insônia, aumento da energia, falta de crítica do estado mórbido, paciente não tem queixas.

5.2.4 - Síndrome hipomaníaca - F30.0

Forma atenuada de episódio maníaco; o característico é que o indivíduo e seu meio não são seriamente prejudicados; a hipomania não produz disfunção social importante e não há sintomas claramente psicóticos

5.2.5 - Transtorno Bipolar tipo I - F31

Episódios depressivos leves a graves, intercalados com fases de normalidade e de fases maníacas bem caracterizadas.

5.2.6 - Transtorno Bipolar tipo II - F31

Episódios depressivos leves a graves, intercalados com fases de normalidade e seguidos de fases hipomaníacas (aqui o paciente não apresenta fases evidentemente maníacas, mas apenas hipomaníacas).

Orientações

Na fase aguda do transtorno bipolar, em que esteja presente um episódio maníaco ou hipomaníaco, devem ser utilizadas medicações para controle sintomático; p.ex. benzodiazepínicos para controle da insônia, antipsicóticos para o controle da agitação psicomotora ou de sintomas psicóticos porventura presentes. Como todo evento de mania ou hipomania é indicativo de transtorno bipolar; uma vez diagnosticado, deve ser iniciado o tratamento com estabilizador de humor, que no entanto, não tem efeito imediato (demora de 3 a 6 semanas,

período no qual o controle será feito com demais medicações – benzodiazepínicos, antipsicóticos).

- Não há antidepressivos “melhores” ou “piores”, o que há são diferenças farmacocinéticas e farmacodinâmicas entre as medicações, que interferem na sua tolerabilidade, potencial para eventos adversos, contraindicações, etc, sendo que somente uma boa avaliação clínica poderá constatar qual o antidepressivo mais compatível para cada paciente.
- Deve-se encontrar a dose ideal para cada paciente e fazê-la de modo gradativo (aumento gradual das doses), sobretudo se levarmos em conta que o maior motivo de abandono de tratamento da depressão é a presença de efeitos colaterais indesejáveis
- Uma vez obtida a resposta terapêutica, é conveniente que se mantenha a mesma dose da medicação na fase de manutenção por vários meses ou anos..A diminuição pode ocasionar recidiva de sintomas ou presença de resposta apenas parcial com risco de cronificação.
- Um primeiro episódio de depressão requer tratamento medicamentoso pelo período de seis meses a um ano (caso haja resposta ou remissão). Num segundo evento, este tempo deve se estender entre um e dois anos; num terceiro, deve-se tratar por pelo menos cinco anos e após um terceiro episódio, devido ao alto risco de novo evento (90%), deve-se pensar em tratamento profilático (uso continuado).
- Os benzodiazepínicos têm papel secundário no tratamento da depressão. Devem ser usados para controle da insônia, da inquietação, da ansiedade principalmente nas primeiras semanas de tratamento e, sobretudo se em uso de ISRS. A manutenção dos benzodiazepínicos em longo prazo, além de risco de dependência a estas substâncias, ocasiona piora da sintomatologia depressiva.
- O início do efeito antidepressivo é variável, em geral se iniciando entre três a seis semanas após início do tratamento. Na Distímia tal período pode ser ainda maior.

Terapêutica Medicamentosa

Estabilizadores do humor

Transtorno	Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Afetivo Bipolar	Carbonato de Lítio	Comp. 300mg	600 a 1500mg /dia
	Carbamazepina	Comp. 200mg Susp. Oral 20mg/ml	400 a 1600mg/dia
	Valproato de Sódio/Ácido Valpróico	Comp. 250mg e 500mg Susp. Oral 250mg/5ml	250 a 1500 mg/dia

Antipsicóticos atípicos (Risperidona, Olanzapina, Ziprazidona)¹ têm sido utilizados como estabilizadores de humor no tratamento do transtorno afetivo bipolar.

Antidepressivos

Antidepressivos Tricíclicos (ADT)

Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Amitriptilina	Comp. 25mg	50 a 150mg/dia
Imipramina	Comp. 25mg e 75mg	50 a 150mg/dia
Nortriptilina	Comp 10mg, 25mg e 50mg	50 a 150mg/dia

Inicia-se com $\frac{1}{2}$ a um comprimido (12,5 a 25mg) ao dia, aumentando-se gradativamente (25mg a cada três dias) até se alcançar uma dose terapêutica e na dependência da tolerabilidade aos efeitos colaterais. Como quase todos têm propriedades sedativas, é possível não ser necessária a associação de benzodiazepínico.

Serotoninérgicos (ISRS)

Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Fluoxetina	Caps. 10mg e 20mg	20 a 60mg/dia
Sertralina ²	Comp. 50mg	50 a 150mg/dia

2. Medicamentos não contemplados na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

Inicia-se com 1 comprimido de Fluoxetina (10 a 20mg ao dia) ou Sertralina² (25 a 50mg ao dia), aumentando gradativamente após três semanas de observação. Como podem levar à insônia (quase todos), devem ser administrados pela manhã ou após o almoço; e, em geral, requerem uso associado de benzodiazepínico nas primeiras semanas para diminuir ansiedade, que pode se exacerbar no início do tratamento.

5.3-Transtorno da Ansiedade (transtorno da ansiedade generalizada, transtorno de pânico, transtorno misto de ansiedade e depressão, transtornos fóbicos-ansiosos, transtorno obsessivo compulsivo).

A ansiedade é uma emoção universal do ser humano; pode ser benéfica, conduzindo a uma mobilização e um preparo para melhor enfrentar situações de perigo. Torna-se patológica quando muito intensa ou desproporcional ao estímulo que a originou. É acompanhada, então, de sintomas físicos originados principalmente do sistema nervoso autônomo e compromete o desempenho e bem-estar da pessoa por ela acometida. A angústia lhe é muito semelhante, sendo que apresenta um componente corporal mais acentuado (mesma raiz de angina, “aperto no peito”). Transtornos ansiosos são definidos como estados emocionais repetitivos ou persistentes nos quais a ansiedade patológica desempenha papel fundamental.

Sintomas e Sinais Relacionados à Ansiedade

Psíquicos

- Tensão, nervosismo, apreensão, sensação de que algo horrível vai acontecer, mal-estar indefinido, insegurança e dificuldade de concentração

Comportamentais

- Inquietação, esquiva, insônia, irritação

Tensão muscular

- Dificuldade para relaxar, tremores, dores diversas e inespecíficas

Hiperventilação

- Parestesias, tonturas, vertigens, dor ou opressão no peito

Autônomos

- Taquicardia, taquipnéia, sensação de falta de ar, sudorese, boca seca, náusea, ondas de frio ou calor, aumento de peristaltismo (diarréia), piloereção, midríase

Epidemiologia dos Transtornos Ansiosos

Considerados em conjunto estão em primeiro lugar entre os mais prevalentes diagnósticos psiquiátricos, prevalência de 15% na população, sendo mais encontrados em mulheres.

Prevalência ao longo da vida de alguns transtornos de ansiedade

Fobias simples e específicas – 16%

Fobia social – 4 a 13%

Pânico – 3,5%

Agorafobia – 5%

Ansiedade generalizada – 3%

Transtorno obsessivo-compulsivo – 1,7%

Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) - F41.1

Sintomas ansiosos excessivos, com sofrimento significativo e prejuízo da vida social e ocupacional do indivíduo, na maior parte dos dias, por pelo menos 6 meses. No TAG, há uma ansiedade permanente, flutuante, que não chega a crises de pânico ou se cristaliza em fobias. Há um 'estado' de ansiedade.

É bastante comum no TAG a presença de co-morbidades (diagnóstico de outro transtorno mental associado)

Transtorno de Pânico ou Ansiedade Paroxística Episódica - F41.0

- Crises intensas de ansiedade com descarga do Sistema Nervoso Autônomo (SNA)
- Sensação de mal-estar e perigo iminente de morrer, de ter um ataque cardíaco
- Início abrupto e curta duração
- A recorrência das crises configura a Síndrome ou doença do Pânico.

Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão - F41.2

Presença de sintomas ansiosos e depressivos, sem que a intensidade de um seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado.

Se um paciente possui quadros bem definidos de ansiedade e depressão, dois diagnósticos são necessários, p.ex. depressão (F32) mais ansiedade generalizada (F41.1).

Transtornos Fóbico-Ansiosos - F40

O medo também é um sentimento universal do ser humano diante de situações de perigo. Fobia é um medo persistente e irracional de um objeto específico, atividade ou situação não considerada perigosa, que resulta em necessidade incontrolável de se esquivar ou de evitar tal estímulo.

- Agorafobia (F40.0) – medo relacionado a espaços amplos ou com muitas pessoas, locais de onde possa ser difícil escapar ou onde o auxílio não seja rapidamente acessível; “medo dos grandes espaços”
- Fobia Social (F40.1) – medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contato interpessoal, a demonstrar um certo desempenho ou situações competitivas ou de cobrança (p.ex. falar em público, ler um trecho de livro, dar um seminário)
- Fobia Simples ou específica (F40.2) – medo desproporcional e irracional restrito a situações ou objetos simples (seringa, faca, vidro, sangue, altura, barata, sapo, etc)

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) - F42

- A característica principal do TOC é a recorrência de pensamentos obsessivos e atos compulsivos

- Pensamentos obsessivos são idéias, imagens ou impulsos reconhecidos como do próprio indivíduo, presentes na consciência de forma repetida e estereotipada
- Compulsões são comportamentos estereotipados, repetidos, que não levam à conclusão de nenhuma tarefa. O paciente reconhece absurdo de sua atuação, procura resistir, mas não consegue se controlar

As obsessões mais frequentes são as que envolvem idéia de:

- Sujeira ou contaminação (germes, pós, secreções corporais);
- Dúvida sobre se realizou determinado ato ou tarefa;
- Agressividade, com impulso contra si próprio ou terceiros;
- Obscenidade (imagens eróticas durante a reza).

As compulsões mais freqüentes são:

- Limpeza ou desinfecção: lavar as mãos ou limpar objetos inúmeras vezes; o banho pode demorar horas.
- Verificação: se a porta está fechada, o gás desligado, etc.
- Contar ou repetir (um número máximo de vezes, 33 por ex.)
- Tocar determinados objetos em certo número de vezes ou seguindo seqüência determinada.
- Ordenar (segundo regras próprias de simetria ou estéticas).
- Colecionismo: guardar lascas de unhas, objetos inúteis, etc.

Tratamento dos Transtornos de Ansiedade

Orientações Gerais

As medicações ansiolíticas (benzodiazepínicos e outros) estão indicadas para o controle da ansiedade aguda ou situacional, dos sintomas autonômicos; assim como naqueles quadros cuja sintomatologia é intermitente, não requerendo medicação de uso contínuo, por exemplo: sintomas de fobia social desencadeadas apenas quando o indivíduo é exposto a situações ansiogênicas ou crises fóbicas quaisquer e também com objeto reconhecido.

Caso a sintomatologia de um transtorno de ansiedade seja exuberante, contínua ou cause grande repercussão funcional (por exemplo: pensamentos obsessivos

recorrentes e incapacitantes; crises de pânico diárias) é indicado o uso de medicação continuada - antidepressivo associado ou não a benzodiazepínico.

Terapêutica Medicamentosa

Ansiedade generalizada - TAG

- Antidepressivo (ADT ou ISRS) + Benzodiazepínico
- Psicoterapias
- Técnicas de relaxamento / exercícios de respiração

Pânico/ Agorafobia

- Antidepressivo (ISRS ou Clomipramina), em geral em doses mais baixas que aquelas usadas para depressão;
- Benzodiazepínicos (ex.: clonazepan);
- Psicoterapias;

Fobia social

- Antidepressivo (ISRS ou Clomipramina);
- Psicoterapias;

Fobia específica

- $-\beta$ Bloqueador (na exposição, p.ex. atenolol)
- ISRS (se necessário uso contínuo)
- Psicoterapias

Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)

- Antidepressivo (ISRS ou Clomipramina), em geral em doses mais altas que aquelas usadas para depressão
- Psicoterapias

Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Clomipramina	Comp. 25mg	Até 250mg/dia
Fluoxetina	Caps. 10 e 20mg	Até 80mg/dia
Sertralina ²	Comp. 50mg	Até 200mg/dia

2. Medicamento não contemplado na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

Informativos adicionais

Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos; com suas propriedades ansiolíticas, miorelaxantes, anticonvulsivantes e hipnóticas, revolucionaram o mercado farmacêutico a partir de 1960, especialmente no tratamento da ansiedade. Entretanto, nesta última década tem havido redução nas suas indicações, considerando as evoluções conceituais dos transtornos ansiosos, sua resposta a outros fármacos, particularmente os antidepressivos e o maior conhecimento dos seus efeitos colaterais indesejáveis e adversos.

As vantagens e desvantagens no seu uso terapêutico não devem ser confundidas com a utilização errônea e/ou abusiva. Deve sempre haver uma adequada avaliação diagnóstica e da relação custo-benefício do seu uso terapêutico racional, com uma postura educativa junto ao paciente, associada a uma atitude empática básica (clima de confiança, diálogo, firmeza e tranquilidade).

É importante uma monitorização com reavaliação regular, preocupação com o seu tempo de uso e retirada gradual e lenta, evitando os sintomas de abstinência. Recomenda-se ficar atento à presença de outros transtornos psiquiátricos associados que precisam ser adequadamente tratados.

Medicações benzodiazepínicas:

Clonazepam, Diazepam, Lorazepam²

2. Medicamentos não contemplados na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

Quadro comparativo

Classe Terapêutica	Vantagem	Desvantagem
Antidepressivos Tricíclicos	Ação mais rápida em depressões graves Efeito sedativo	Maior índice de virada maníaca Diversos efeitos colaterais
Benzodiazepínicos	Rápido início de ação Ação na ansiedade aguda	Risco de dependência Potencial de interações
Inibidoras Seletivas da Recaptação da Serotonina	Ação em diversas comorbidades Menor perfil de interações	Piora inicial Latência para início de ação

5.4- TRANSTORNOS SOMATOFORMES – F45

Destacam-se:

- Transtorno de Somatização (**F45.0**) – É caracterizado por múltiplos sintomas somáticos que não podem ser adequadamente explicados com base em achados de exames físicos e laboratoriais. Diferencia-se de outros transtornos somatoformes pela multiplicidade de queixas e sistemas orgânicos afetados (p.ex. gastrintestinal e neurológico) associados a sofrimento psicológico significativo, prejuízo funcional e social. É um transtorno crônico, geralmente com início antes dos 30 anos.
- Transtorno Hipocondríaco (**F45.2**) – Caracteriza-se basicamente, pela crença irreal ou medo (num indivíduo) de ser portador de uma doença grave. É resultado de uma interpretação errônea por parte do paciente acerca de

sintomas e sensações físicas experimentadas, apesar das garantias médicas do contrário.

Enquanto a preocupação do paciente ansioso é com os sintomas; a do paciente hipocondríaco é com a possibilidade de estar vitimado por algum mal, uma doença grave.

Terapêutica Medicamentosa

Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Amitriptilina	Comp. 25mg	75 a 150mg/dia
Fluoxetina	Caps. 10 e 20mg	20 a 60mg/dia

5.5- TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVAS - ÁLCOOL E DROGAS F10 a F19

Droga psicoativa é qualquer substância química que, quando ingerida, modifica uma ou várias funções do SNC, produzindo efeitos psíquicos e comportamentais. São drogas psicoativas: o álcool, maconha, cocaína, café, chá, nicotina, heroína, etc.

A magnitude do problema do uso indevido do álcool e drogas, verificada nas últimas décadas, ganhou enorme proporção, sendo hoje um desafio da saúde pública no País. O álcool é a droga psicoativa mais utilizada em todo o mundo, sendo o alcoolismo, de longe, a mais freqüente das toxicomanias. A dependência do álcool é um transtorno mental.

A OMS estima que a prevalência esteja em torno de 10% a 13% da população, constituindo-se como o segundo problema de saúde pública mais importante no mundo.

Alguns conceitos

Abuso de drogas: quando há um uso de substância que é lesivo ou excessivo, ocasional ou persistente, em desacordo com os padrões culturais e com a prática médica vigente.

Dependência a drogas: um estado mental, e muitas vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma droga psicoativa. Sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito psíquico ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência.

Dependência física: transtornos físicos quando o uso da droga é interrompido. Um dos indicativos é a síndrome de abstinência.

Dependência psíquica: compulsão ao uso da droga, buscando o indivíduo a obtenção de prazer ou a diminuição de desconforto.

Tolerância: diminuição do efeito de uma droga após repetidas administrações.

Síndrome de abstinência ou retirada: conjunto de sinais e sintomas que ocorre no indivíduo dependente após redução da ingestão ou interrupção da droga.

Síndrome de dependência ao álcool: compulsão para ingerir bebidas alcoólicas de modo contínuo ou periódico, havendo a perda do controle.

São característicos:

1. Empobrecimento do repertório: uso estereotipado e repetitivo
2. Relevância da bebida: gratificação com o álcool
3. Aumento da tolerância ao álcool
4. Sintomas repetitivos de abstinência (por vezes *delirium tremens*)
5. Esquiva ou busca de alívio para sintomas de abstinência: p. ex. beber pela manhã
6. Compulsão para beber: elemento central do alcoolismo
7. Reinstalação mais rápida da tolerância após a abstinência
8. Negação: mesmo quando gravemente comprometido

Alguns quadros psicopatológicos característicos ocorrem em associação com a síndrome de dependência ao álcool, tais como: ***Delirium tremens***, alucinação alcoólica, delírio de ciúmes dos alcoolistas e embriaguez patológica.

A redução ou interrupção do uso de álcool em pacientes dependentes geralmente acarreta um conjunto definido de sintomas chamado **Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA)**

Diversos fatores influenciam o aparecimento e evolução da síndrome de abstinência do álcool, entre eles: vulnerabilidade genética, o gênero, o padrão de consumo, as características individuais: biológicas, psicológicas e socioculturais. Os sintomas também variam quanto à intensidade e gravidade, podendo surgir após uma redução

parcial ou total da dose usualmente utilizada, voluntária ou não, por exemplo, em situações de hospitalização para tratamento clínico ou cirúrgico.

Os sintomas mais comuns são: agitação, ansiedade, alterações do humor (irritabilidade, disforia) insônia, tremores, náuseas, vômitos, alterações sensoriais. Outros sintomas, mais severos, ocorrem em 10% e incluem febre, sudorese profusa e taquipnéia. Podem também surgir convulsões em 5% dos pacientes não tratados. Outra complicação grave é o **DELIRIUM TREMENS**, caracterizado por alteração do nível de consciência, desorientação e alucinações especialmente visuais e táteis.

Diante do exposto fica evidente que o tratamento é eminentemente clínico, com internação, se necessária, em hospital geral com todos os recursos laboratoriais e terapêuticos necessários, ressaltando que os casos graves de **Delirium tremens** sem tratamento, podem evoluir para a morte.

De acordo com os Critérios da Classificação Internacional das Doenças em sua 10ª revisão – CID-10

F10-3	Síndrome de abstinência
F10-30	Síndrome de abstinência não complicada
F10-31	Síndrome de abstinência com convulsões
F10-4	Síndrome de abstinência com Delirium Tremens (D.T.) .

Consideram-se, de acordo com a complexidade do quadro, dois níveis de tratamento: ambulatorial e hospitalar. Os esquemas de administração dos psicofármacos devem ser planejados conforme a intensidade dos sintomas e comprometimento geral do paciente.

Tratamento Ambulatorial

É importante ressaltar que a atitude do profissional de saúde deve ser acolhedora, empática e desprovida de preconceitos. O tratamento da S.A.A é um momento privilegiado para procurar motivar o paciente para tratar sua dependência, inclusive também esclarecendo a família sobre os sintomas apresentados, procedimentos a serem adotados e possíveis evoluções do quadro. Deve ser reforçada a necessidade

de comparecimento nas consultas remarcadas, que serão tão freqüentes quanto possível, nos primeiros 15 dias do tratamento.

Abordagem não Farmacológica:

- Orientação da família e do paciente quanto à natureza do problema, tratamento e evolução;
- Propiciar ambiente calmo, confortável e com pouca estimulação audiovisual;
- Dieta livre (se possível), com atenção especial à hidratação;
- Orientação quanto a não dirigir veículos;
- As consultas devem ser marcadas com o máximo de brevidade para reavaliação.

Terapêutica Medicamentosa

- Reposição vitamínica: Tiamina via oral ou intramuscular nos primeiros 7–15 dias, se necessário. Doses de 300 mg/dia são recomendadas para evitar a Síndrome de Wernicke, que cursa com ataxia, confusão mental e anormalidade do movimento ocular extrínseco (oftalmoplegia), além de nistagmo

Benzodiazepínicos: A prescrição será de acordo com os sintomas existentes e sua intensidade. As doses são em média 30 mg/dia por via oral. Se houver sinais de sedação deve ser reduzida ou suspensa, sendo também recomendável dose maior à noite.

- Diazepam: 30 mg/dia por via oral com retirada gradual ao longo de uma semana.

Este mesmo esquema deve ser utilizado nos casos de internação domiciliar quando o paciente fica restrito a sua moradia e deve receber visitas freqüentes dos profissionais de saúde da equipe de tratamento, por exemplo: PSF.

Para a doença propriamente dita, às vezes, Topiramato³ começando com a dose 50mg/dia até 200mg/dia, apresenta um aumento no intervalo das recaídas, como também Lamotrigina³ e Vigabatrina³

Nos casos de hepatopatias graves, assim como em pacientes idosos ou naqueles que fazem uso de múltiplas medicações, deve-se preferir o Lorazepam² na dose de 1 a 4mg/dia.

2. Medicamentos não contemplados na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

3. Integram o Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde para Epilepsia Refratária (Port. SAS/MS nº 864, de 5 de novembro de 2002/ Portaria GM 2.577 de 27 de outubro 2006).

Tratamento Hospitalar

Esta modalidade é indicada nos casos mais graves, que requerem cuidado intensivo (*delirium tremens* é uma das indicações precípua). Geralmente são necessárias doses mais elevadas de benzodiazepínicos, de acordo com a intensidade dos sintomas. Especial atenção deve ser dada à hidratação e correção dos distúrbios metabólicos, eletrólitos, glicemia, reposição vitamínica. Algumas vezes, pode ser feita a internação parcial, hospital-dia ou noite, com o compromisso da família de comparecimento diário e com respaldo de serviços de emergências.

Abordagem não farmacológica

- Monitoramento clínico permanente do paciente com avaliação das suas necessidades;
- Locomoção restrita;
- Ambiente claro, calmo, com relativo isolamento, com limitação de visitas e redução dos estímulos audiovisuais;
- Dieta leve, quando aceita. Pacientes em confusão mental podem necessitar ficar em jejum pelo risco de aspiração e complicações respiratórias. Nestes casos, utilizar hidratação com 1000 ml de solução glicosada 5% acrescida de 20 ml de NaCl e 10 ml de KCl 19,1% a cada 8 horas.
- Contenção Física - Pacientes muito agitados, em que há risco de violência, devem ser contidos caso não cedam com intervenção verbal que deve ser feita com pessoas adequadamente treinadas, devendo sempre o motivo ser explicado ao paciente e todo o procedimento registrado no prontuário. Recomenda-se que a cabeça do paciente fique levemente levantada para diminuir a possibilidade de aspiração. A contenção deve ser removida logo que o paciente melhore do quadro de agitação e enquanto assim permanecer deve merecer constante atenção da equipe.

Terapêutica Medicamentosa

- Reposição vitamínica (mesmo esquema do tratamento ambulatorial);

Benzodiazepínicos de acordo com os sintomas e baseado em constante avaliação, sendo administrado uma destas opções:

Medicamento	Apresentação	Dose Usual
Diazepan	Comp. 10mg	10 a 20mg/hora

Nos casos de **hepatopatias graves**: substituir o Diazepam pelo **Lorazepam**²: 2 a 4 mg via oral a cada hora.

2. Medicamento não contemplado na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

A administração de benzodiazepínicos intravenosa requer técnica específica e retaguarda para eventual parada respiratória, razão pela qual deve ser uma conduta raramente adotada.

Manejo das Complicações

Convulsões: A maioria, do tipo tônico-clônica generalizada, ocorre precocemente (90% até 48 horas) após a interrupção do uso de álcool e estão associadas à evolução de formas graves de abstinência. Cerca de 1/3 dos pacientes que apresentam crises evoluem para **Delirium tremens** se não forem tratados. Quando há história progressiva de Epilepsia devem ser mantidos os medicamentos já utilizados pelo paciente.

O Diazepam é a medicação de escolha, na dose de 10 ou 20 mg, sendo indicada a via intravenosa durante o episódio convulsivo. Não há consenso quanto ao uso de carbamazepina nem quanto à difenil-hidantóina no tratamento desta complicação, apesar de também serem utilizados na prática.

- **Delirium tremens**: Forma grave, geralmente iniciando entre 1 a 4 dias após a interrupção do uso do álcool, com duração de 3 ou 4 dias. Caracteriza-se pelo rebaixamento do nível de consciência, com desorientação, alterações da sensopercepção (ilusões, alucinações), tremores e sintomas autonômicos (taquicardia, hipertensão arterial e elevação da temperatura corporal).

Doses elevadas de benzodiazepínicos são necessárias, mas a associação com neurolépticos é geralmente indicada.

Diazepam 60 mg/dia (ou Lorazepam² até 12 mg/dia em caso de hepatopatias graves) e Haloperidol 5 mg/dia.

2. Medicamento não contemplado na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

- Alucinação Alcoólica: Quadro alucinatório auditivo: sons de cliques, rugidos, barulho de sinos, cânticos e vozes ou visual e tátil, acompanhadas de medo, ansiedade e agitação. Não há rebaixamento do nível de consciência, nem alterações autonômicas. Trata-se com neurolépticos, especialmente Haloperidol (até 5 mg/dia).
- Não administrar glicose indiscriminadamente, pelo risco de precipitar a síndrome de Wernicke. Deve ser utilizada (a glicose) parenteralmente após administração de Tiamina (vit B1).
- Não utilizar rotineiramente a difenil-hidantóina parenteral, a chamada “Hidantalização” não tem eficácia comprovada nas convulsões da SAA.
- Evitar a administração de clorpromazina e outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controlar agitação pois podem induzir crises convulsivas e eventos hipotensores (o haloperidol é o mais indicado).

5.6-EPILEPSIA (G40) E TRANSTORNOS MENTAIS A ELA ASSOCIADOS (F06)

Introdução/ Aspectos gerais da doença

Epilepsia é o mais freqüente transtorno neurológico grave. Indivíduos de todos os sexos, regiões e condições econômicas são atingidos. A epilepsia pode provocar conseqüências importantes como morte súbita, ferimentos, problemas psicológicos e transtornos mentais (Marchetti; Damasceno, 2000 apud Louzã, 2007). Também é acompanhada por problemas sociais e econômicos, podendo ser considerada um problema de saúde pública significativo.

Crises epiléticas são eventos súbitos e transitórios que se manifestam por grande variedade de sintomas e sinais que têm como base fisiopatológica a descarga neuronal excessiva no SNC. As crises epiléticas podem ocorrer ocasionalmente induzidas por condições médicas especiais como insultos agudos ao SNC, desequilíbrios tóxico-metabólicos graves ou febre (em algumas crianças), mas, nesses casos, se trata de fenômenos isolados, crises epiléticas sintomáticas agudas ou provocadas. A presença de epilepsia é definida pela recorrência de crises, pelo menos duas, espontâneas - crises epiléticas não-sintomáticas agudas ou não-provocadas.

Normalmente, são implicados os seguintes fatores causais para o desenvolvimento da epilepsia: predisposição genética, toco-traumatismo, malformações cerebrais,

infecções, infestações ou intoxicações do SNC, traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral ou outras condições cerebrovasculares, tumores cerebrais e doenças degenerativas do SNC.

Os sinais e sintomas da epilepsia refletem as áreas cerebrais envolvidas nas descargas neuronais. Assim, manifestações clínicas muito variadas (motoras, sensitivas, sensório-perceptivas, autonômicas e psíquicas) podem estar associadas a elas.

Epidemiologia

Incidência anual: 40 a 70/100.000 nos países desenvolvidos

122 a 190/100.000 nos países em desenvolvimento

Prevalência. Entre 0,5 e 1,5 % da população.

No Brasil: 340.000 casos novos por ano

1.800.000 pessoas com epilepsia ativa

9.000.000 apresentaram ao menos uma crise epiléptica na vida.

Nomenclatura

Epilepsias sintomáticas ou secundárias – de etiologia conhecida

Epilepsias idiopáticas – com suposta causa hereditária

Epilepsias criptogênicas – provavelmente sintomáticas mas sem etiologia conhecida

Crises parciais – evidência clínicas e/ou em EEG de início local.

Crises generalizadas – início simultâneo e generalizado em ambos os hemisférios

Aspectos psicológicos

A maioria dos pacientes com epilepsia é normal do ponto de vista psiquiátrico ou apresenta apenas psicopatologia de intensidade menor. No entanto, muitos deles passam por crises de adaptação à doença, de duração e gravidade variáveis, em períodos diversos de sua evolução.

Transtornos mentais e epilepsia

A OMS inclui a epilepsia no capítulo dos transtornos mentais, pelo menos do ponto de vista da saúde pública. Essa inclusão está baseada nos seguintes argumentos:

- Embora de maneira errada, a epilepsia tem sido considerada como uma doença mental e ainda o é em muitas sociedades;

- O tratamento da epilepsia está, com frequência, sob a responsabilidade de profissionais da saúde mental, devido à grande prevalência e à relativa ausência de serviços neurológicos especializados.

Estudos epidemiológicos populacionais apontam a prevalência de transtornos mentais em 28,6% de crianças com epilepsia e em 19 a 52% em adultos.

Os transtornos mentais associados à epilepsia pioram a capacidade de adaptação profissional, reduzindo a taxa de ocupação, além de contribuírem de maneira significativa para internações hospitalares recorrentes e elevação do risco de suicídio.

Classificação dos transtornos mentais associados à epilepsia

1. periictais

1.1. pré-ictais (antecedência de dias a horas da crise)

1.2. ictais (manifestação psicopatológica de estados de mal epiléptico)

1.3. pós-ictais (após a ocorrência das crises, horas a dias)

1.4. paraictais (em períodos de aumento da frequência das crises)

1.5. alternantes (após a redução significativa ou interrupção completa das crises)

2. interictais.

A depressão é o problema psiquiátrico mais freqüente nos pacientes com epilepsia, com prevalência de cerca de 29% nestes pacientes.

A prevalência de psicose parece estar aumentada em portadores de epilepsia, com prevalência de aproximadamente 2 a 7%.

Crises não-epilépticas (“pseudocrises”)

As crises não-epilépticas são ataques ou acessos recorrentes que podem ser confundidos com epilepsia devido à semelhança das manifestações comportamentais, mas não são conseqüentes a descargas cerebrais anormais. Podem ter origem fisiogênica ou psicogênica. As condições médicas que mais frequentemente se apresentam sob a forma de crises não-epilépticas são a síncope, o sonambulismo e o terror noturno, a enxaqueca, a hipoglicemia, a narcolepsia, a crise isquêmica transitória e outros. As psicológicas são os transtornos dissociativos, conversivos, somatoformes e o pânico.

A presença de tais crises não implica a inexistência de epilepsia. As duas condições podem coexistir e confundir o diagnóstico.

Terapia Medicamentosa

Medicações antiepilépticas de 1ª e de 2ª linha para as diferentes crises.

- **Crise parcial simples, parcial complexa e secundariamente generalizada.**

1ª linha. Carbamazepina, Fenitoína, Valproato de Sódio/ Ácido Valpróico

2ª linha. Fenobarbital

- **Ausências.**

1ª linha. Valproato de Sódio/ Ácido Valpróico

2ª linha. Clonazepam, Lamotrigina³, Topiramato³

- **Mioclonias.**

1ª linha. Valproato de Sódio/ Ácido Valpróico

2ª linha. Clonazepam, Lamotrigina³, Topiramato³

3. Integram o Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde para Epilepsia Refratária (Port. SAS/MS nº 864, de 5 de novembro de 2002/ Portaria GM 2.577 de 27 de outubro 2006).

- **Crises tônico-clônico generalizadas.**

1ª linha. Valproato de Sódio/ Ácido Valpróico

2ª linha. Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, Lamotrigina³, Topiramato³.

Tratamento dos transtornos mentais associados à epilepsia

O primeiro elemento a se considerar é o perfil psicofarmacológico das medicações antiepilépticas utilizadas pelos pacientes, que pode ser benéfico ou adverso. Exemplos de perfil benéfico são o perfil ansiolítico dos benzodiazepínicos, o perfil estabilizador de humor da carbamazepina, do valproato, da Lamotrigina³ e, possivelmente, do Topiramato³ e o perfil antiagressivo da carbamazepina e do valproato. Entretanto, como exemplos de perfil adverso podemos considerar a sedação, a depressão, a piora paradoxal de hiperatividade, a agitação e a agressividade associadas à politerapia ou ao uso de barbitúricos (fenobarbital), topiramato e benzodiazepínicos e a psicose induzida por Topiramato³ ou fenitoína (quando em doses tóxicas).

A escolha do psicofármaco adequado para o tratamento dos transtornos mentais associados à epilepsia deve levar em consideração os seguintes aspectos: adesão, risco de suicídio, interferência no limiar epileptogênico e interações farmacológicas.

3. Integram o Programa de Medicamentos Excepcionais do Ministério da Saúde para Epilepsia Refratária (Port. SAS/MS nº 864, de 5 de novembro de 2002/ Portaria GM 2.577 de 27 de outubro 2006).

Risco epileptogênico dos psicofármacos.

- **Baixo Risco**

Antipsicóticos: Haloperidol, Olanzapina¹, Quetiapina¹, Risperidona¹

Antidepressivos: ISRS

Ansiolíticos/ hipnóticos: Benzodiazepínicos, Betabloqueadores

1. Para tratamento de Esquizofrenia Refratária (neurolépticos atípicos), deverá ser seguido o Protocolo do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a prescrição desses antipsicóticos (PORTARIA GM/MS Nº 1554 DE 30 DE JULHO DE 2013).

- **Risco Moderado**

Antidepressivos:ADT (maioria)

- **Alto Risco**

Antipsicóticos: Clorpromazina, Clozapina¹

Outros: Carbonato de Lítio

1. Para tratamento de Esquizofrenia Refratária (neurolépticos atípicos), deverá ser seguido o Protocolo do Ministério da Saúde, que estabelece diretrizes para a prescrição desses antipsicóticos (PORTARIA GM/MS Nº 1554 DE 30 DE JULHO DE 2013)

5.7 - Manejo Terapêutico em situações especiais (idosos,gestantes/ puérperas/ lactantes).

População idosa

Sabe-se que nos idosos há, devido a readaptação das funções corporais, alterações metabólicas que repercutem no manejo medicamentoso para esta faixa etária. Como regra geral, deve-se iniciar o tratamento com doses menores

do que aquelas sugeridas para a população adulta, assim como o aumento deve ser ainda mais gradativo e menor a dose máxima a se atingir. Especial cuidado deve ser dado aos efeitos colaterais (alguns deles potencialmente graves, tais como hipotensão – com risco de quedas, etc.)

Gestantes/ puérperas/ lactantes

Lembremos que a própria gravidez e mesmo o puerpério são, por si sós, fases da vida das mulheres em que se tem aumentado o risco de eclosão de sintomas de doença psíquica – Psicose Puerperal: é um transtorno que ocorre após a gestação, caracterizando-se como afastamento da realidade, por fatores diversos, desde hormonais até existenciais. Há sempre que se pesar e se fazer um balanço entre possibilidade de benefício para o binômio mãe-filho e os riscos potenciais advindos do tratamento. Até as primeiras 16 semanas de gestação, o uso de psicotrópicos deve se dar apenas com indicação muito precisa, em função dos eventuais riscos. Por outro lado, a presença de um transtorno mental ocorrendo em uma destas fases e que não esteja sendo tratado de forma adequada, pode ocasionar prejuízos diversos (incluindo riscos para a mãe e a criança).

Medicações mais “seguras” para serem usadas (após detida avaliação clínica) no ciclo gravídico-puerperal.

- **Gestação.**

Antidepressivo: Fluoxetina

Antipsicótico: Haloperidol

Benzodiazepínico: os de ½ vida curta.

- **Puerpério/ amamentação.**

Antidepressivo: Sertralina², Nortriptilina

Antipsicótico: Haloperidol

Benzodiazepínico: os de ½ vida curta.

Os estabilizadores de humor são medicações pouco seguras para uso nesta fase da vida da mulher.

2. Medicamentos não contemplados na Padronização Estadual de Assistência Farmacêutica para Saúde Mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BAHIA, Secretaria do Estado de Saúde. Programa Estadual de Medicamentos Essenciais da área de Saúde Mental.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Salvador: Secretaria de Estado de Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME/Ministério da Saúde 4ª ed. ver. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções Técnicas para sua Organização – 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo Integrado: Saúde Mental em Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde, 2002.

DALGALARRONDO, P – Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Artmed Editora. Porto Alegre 200.

GILMAN, A.G.;As bases farmacológicas da terapêutica, 11ª ed.Rio de Janeiro, Guanabara Koogan,2006.

GOIÁS. Secretaria de Estado de Saúde. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais: RESME – GO. 2ª. ed./Goais. Secretaria de Estado da Saúde. Brasília: Organização Pan – Americana da Saúde, 2006.

KAPLAN & SADOCK. Compendio de Psiquiatria Dinâmica, 4ª Edição – Artes Médicas – Porto Alegre, 1988.

LARANJEIRAS, R., Nicastrí S. e Colaboradores – Consenso sobre Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento. Jornal Brasileiro de Dependências Químicas Vol I nº 1 – outubro 2000.

LEGAY, Letícia Fortes; Lima, Lúcia Abelha. Os Transtornos Mentais e o Campo da Saúde Coletiva. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 12(1/ 5-7, 2004-5.

NUNES F. EP, Bueno JR, Nardi AE. Psiquiatria e Saúde Mental. Ed. Atheneu, São Paulo, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID 10. Editora Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.

PARANÁ, Secretaria de Estado de Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Curitiba: SESA, 2005 41p.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde do Estado. Diretoria de Planejamento em Saúde. Diretoria Executiva de Desenvolvimento do Sistema de Saúde. Divisão da Atenção à Saúde Mental. Diosam. Capacitação Psiquiátrica para médicos generalistas. Pernambuco – 2001.

Psicofármacos (Consulta rápida), ARTMED, Cordioli e col., 3ª edição

Psiquiatria Básica. Louzã, Elkis e col., 2007. ARTMED, 2ª edição.

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS/Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

PORTARIA nº 344/98 – Manual de Procedimentos. Psicofármacos e Substâncias sob controle especial. 1998

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Estadual de Saúde Assistência Farmacêutica na Área de Saúde Mental. Dose Certa. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde, 2002.

ZANINI. A.C. *et al.* Guia de medicamentos. São Paulo, Ateneu, 1995.

Site www.psicoterapia.psc.br , em 13/02/2008.

APÊNDICE I

ROTEIRO PARA EMISSÃO DE LAUDO MÉDICO EM ESQUIZOFRENIA - Conforme PCDT/MS – 2013.

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)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
() Risperidona	-----	-----
() Clozapina	-----	-----
() Quetianpina	-----	-----
() Ziprazidona	-----	-----
() Olanzapina	-----	-----

ANEXO I

FONTES PARA CONSULTAS E INFORMAÇÕES

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1000

- **COMPONENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: BÁSICO, ESPECIALIZADO, ESTRATÉGICO:**
- **PORTARIA GM/MS Nº 1.555, DE 30 DE JULHO DE 2013** - Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- ✓ **PORTARIA Nº 1.554, DE 30 DE JULHO DE 2013** - Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ✓ **PORTARIA Nº 364, DE 9 DE ABRIL DE 2013** - Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia.
- ✓ Legislação de Saúde Mental - Ministério da Saúde

ENDEREÇOS E CONTATOS

- **SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - PE**

<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/farmacia-de-pernambuco/>

- ✓ Portal da Assistência Farmacêutica – Ministério da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1000

- ✓ Portal da Saúde Mental - Ministério da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#

- **FARMÁCIAS DE PERNAMBUCO**

<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/farmacia-de-pernambuco/>

- **SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO ESTADO**

Confira aqui a rede de atenção psicossocial do Estado.

<http://portal.saude.pe.gov.br/programas-e-acoas/dasdasd/saude-mental/>

➤ **ENDEREÇOS E CONTATOS DAS GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE**

- ✓ <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/gerencias-regionais-de-saude/>

➤ **HOSPITAIS DA REDE ESTADUAL DE SAÚDE**

- ✓ <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/hospitais/>

➤ **UPAS**

- ✓ <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/unidades-de-pronto-atendimento-upas/>

➤ **DE VOLTA PARA CASA E CONTROLE DO TABAGISMO**

- ✓ <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/342/acoes-e-programas.html>

➤ **APEVISA**

- ✓ <http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/apevisa/>

ANEXO II

MODELOS DE PRESCRIÇÃO PARA MEDICAMENTOS NA SAÚDE MENTAL

Notificação de Receita "A" (COR AMARELA)

Para medicamentos relacionados nas listas A1 e A2 (Entorpecentes) e A3 (Psicotrópicos). **Validade após prescrição: 30 dias. Válida em todo o território Nacional.**

Quantidade Máxima / Receita: 30 dias de tratamento.

Limitado a 5 ampolas por medicamento injetável.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	ESPECIALIDADE FARMACÉUTICA
UF _____ NÚMERO _____ (a)	A	(b)	Nome: _____ (d) Quantidade e Apresentação: _____ Farm. Farm. Concert./Unid. Psicologia
Data ____ de (e) de ____	Paciente _____	(c)	
(f) Assinatura do Emitente	Endereço _____		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome: _____	Endereço: _____ (g)	(h)	Nome: _____
Identidade N° _____	Órgão Emissor: _____	Telefone: _____	Data: ____/____/____
Nome - Endereço - CNPJ/CGO da Gráfica		(i)	

LISTA B1

Notificação de Receita "B1" (COR AZUL)

Para medicamentos relacionados nas listas B1 (Psicotrópicas)
Validade após prescrição: 30 dias. Válida somente no estado emissor.
Quantidade Máxima / Receita: 60 dias de tratamento.
Limitado a 5 ampolas por medicamento injetável.

NOTIFICAÇÃO DE RECEITA		IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Medicamento ou Substância
UF	NÚMERO	(b)	(d)
(a)			(d)
de (e) de		Paciente	Quantidade e Forma Farmacéutica
		(c)	(d)
Endereço			Dias por Unidade Posológica
(f)			(d)
Assinatura do Emissor			Posologia
			(d)
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		CAMBIO DO FORNECEDOR	
Nome:	(g)	(h)	
Endereço:		Nome do Vendedor	
Telefone:		Data	
Identidade N.º:	Org. Emissor:		
Dados da Gráfica (i)		Numeração das impressões: de 175.001 a 215.000 (i)	

Receituário de Controle Especial (COR BRANCA)

Para medicamentos relacionados nas listas C1 - Outras substâncias de controle especial: Antidepressivos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes e antiepilépticos, antipsicóticos e ansiolíticos, neurolépticos, anestésicos gerais, antitussígenos e lista C5 - Anabolizantes.
Validade após prescrição: 30 dias. Válida em todo Território Nacional.
Quantidade Máxima / Receita: 60 dias de tratamento.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo: _____</td></tr><tr><td>CPM: _____ UF: _____ Nº: _____ (b)</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: _____	CPM: _____ UF: _____ Nº: _____ (b)	Endereço Completo e Telefone: _____	Cidade: _____ UF: _____	1ª VIA FARMÁCIA (a) 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome Completo: _____									
CPM: _____ UF: _____ Nº: _____ (b)									
Endereço Completo e Telefone: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Paciente: _____									
Endereço: _____ (c)									
Prescrição: _____									
_____ (d)									
_____ (e)									
Data: (/)									
_____ (f) Assinatura									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome: _____ (g)</td></tr><tr><td>Ident. _____ Org. Emissor: _____</td></tr><tr><td>End: _____</td></tr><tr><td>Cidade: _____ UF: _____</td></tr><tr><td>Telefone: _____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: _____ (g)	Ident. _____ Org. Emissor: _____	End: _____	Cidade: _____ UF: _____	Telefone: _____	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>(h)</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	(h)
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
Nome: _____ (g)									
Ident. _____ Org. Emissor: _____									
End: _____									
Cidade: _____ UF: _____									
Telefone: _____									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
(h)									



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante		
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente* cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1				
2				
3				
4				
5				
9- CID-10*		10- Diagnóstico		
11- Anamnese*				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar:				
<input type="checkbox"/> NÃO				
13- Atestado de capacidade*				
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?				
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante*			17- Assinatura e carimbo do médico*	
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*			18- Data da solicitação*	
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante				
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____				
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*			20- Telefone(s) para contato do paciente	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela				
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____				
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem Informação				
21- Número do documento do paciente			23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS				
22- Correl eletrônico do paciente				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Risperidona, Clozapina, Quetiapina, Ziprasidona e Olanzapina

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

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

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que os medicamentos risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina podem trazer os seguintes benefícios no tratamento da esquizofrenia:

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

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

- **clozapina** é classificada na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; risco para o bebê muito improvável);
- **olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona** são classificadas 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 que os riscos);
- todos os medicamentos são contra-indicados em casos de alergia a componentes da formulação.

Para **risperidona** as reações mais frequentes são inquietação, ansiedade, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, diminuição do desejo sexual, tontura, alterações na menstruação, reações extrapiramidais, reações distônicas, parkinsonismo, insônia, distúrbios urinários, agressividade, agitação, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, constipação, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, faringite, rinite, ganho de peso. As reações menos frequentes incluem dor nas costas, hipotensão ortostática, palpitação, dor no peito, taquicardia, falta de ar, galactorréia, aumento da oleosidade da pele, dor abdominal, dor nas articulações, pele seca, aumento da salivação, aumento do suor, fotossensibilidade, vômitos, perda de peso. As reações raras incluem perda de apetite, alteração na regulação de temperatura corporal, síndrome neuroléptica maligna, sede excessiva, ereção peniana sustentada e dolorosa, discinesia tardia, convulsões, redução do número de plaquetas no sangue e púrpura.

Para **clozapina** os efeitos adversos mais comuns são aumento da frequência cardíaca, palpitações, hipotensão e hipotensão postural, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, tontura, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjôo, visão turva e aumento de peso. É contra-indicada nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue inferior a 3500 células/mm³). São necessários controles periódicos de hemograma (semanal nas primeiras 18 semanas e mensal após). Também podem ocorrer alteração no eletrocardiograma, pressão alta, dor no peito, agitação, inquietação, desconforto abdominal, azia, ressecamento de mucosas, tremores, desmaios, confusão e delírio. Os efeitos adversos raros incluem convulsões, discinesia tardia, acatisia, síndrome neuroléptica maligna, desconforto ao urinar, hepatite, icterícia colestática, pancreatite aguda, impotência sexual, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, ranulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia) e rigidez muscular.

Para **quetiapina** os efeitos adversos mais frequentes são prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso. Os efeitos adversos menos frequentes são falta de ar, sintomas extrapiramidais (tremores, problemas de fala, movimentos lentos, rigidez das pernas e braços), sintomas semelhantes aos da gripe (febre, calafrios, dor nos músculos), hipotensão ortostática, inchaços dos pés e pernas, reações alérgicas de pele, dores abdominais, alterações visuais, dor de cabeça, palpitações, aumento do suor, faringite, rinite. Raramente podem ocorrer galactorréia (secreção de leite em mulheres fora da gestação), hipotireoidismo (com perda de apetite, ganho de peso, cansaço), hipotensão (pressão baixa), alterações no ciclo menstrual, convulsões, taquicardia, síndrome neuroléptica maligna (os principais sintomas incluem febre, rigidez muscular, pulso e pressão irregulares, taquicardia, cansaço, diaforese, arritmias cardíacas), discinesia tardia (síndrome

potencialmente irreversível caracterizada por movimentos involuntários que ocorre principalmente em idosos). A amamentação não é recomendada durante o tratamento, pois estudos em animais evidenciaram a passagem de quetiapina para o leite. Em virtude do risco de desenvolvimento de catarata, é recomendada a realização de exames oftalmológicos periódicos (6 em 6 meses).

Para **ziprasidona** os efeitos adversos mais comuns são sonolência, tontura, pressão baixa, síndrome extrapiramidal, prolongamento do intervalo QT. Reações adversas menos frequentes incluem convulsões, aumento da frequência cardíaca, hipotensão postural, aumento do volume das mamas, síndrome neuroléptica maligna, reações alérgicas de pele, náusea, constipação, azia, diarreia, ganho de peso, cansaço, dor muscular, visão anormal, problemas respiratórios, rinite, tosse. Reações adversas de incidência rara incluem dor abdominal, agitação, angina, fibrilação atrial, confusão, delírio, febre, disfunção sexual, dificuldade para engolir e respirar, presença de sangue na urina ou nas fezes, hepatite, reações de fotossensibilidade, infarto, inchaço da língua, tremor, retenção urinária, vertigem, vômitos, pneumonia, ereção peniana sustentada e dolorosa, disfunção sexual, infarto. Precauções devem ser tomadas nos casos de história de cardiopatia, especialmente arritmias, hipertensão arterial sistêmica, pois a ziprasidona pode aumentar o efeito de anti-hipertensivo, doença de Parkinson, história de uso de drogas e dependência química, hipotensão postural, uso concomitante de medicamentos que possam produzir desequilíbrio hidroeletrólítico, pacientes com risco de convulsões com histórico de epilepsia, trauma craniano, lesões cerebrais, alcoolismo ou uso concomitante de medicamentos que reduzam o limiar convulsivante.

Para **olanzapina** os efeitos adversos mais comuns são dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, hostilidade, tonturas, ansiedade, boca seca. São também comuns hipotensão e hipotensão postural, taquicardia, edema periférico, amnésia, euforia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, hipertonia, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, boca seca, rinite, faringite, elevação de enzimas hepáticas, rigidez na nuca, dores no corpo, sintomas extrapiramidais, prolactinemia.

Reações adversas menos frequentes incluem síndrome neuroléptica maligna, ereção peniana dolorosa, redução do número de células brancas do sangue. Reações adversas de incidência rara incluem dispnéia, inchaço facial, distúrbios menstruais, diminuição do desejo sexual, visão dupla, palpitação, sensibilidade à luz.

Precauções devem ser tomadas nos casos de doença de Alzheimer, história de síndrome neuroléptica maligna, doença hepática, convulsões ou condição que diminua o limiar convulsivante, pacientes com risco de pneumonia de aspiração, com hipertrofia prostática, glaucoma de ângulo fechado, história de ileo paralítico, gravidez, com doença cardiovascular, cerebrovascular ou condições que predisponham a hipotensão postural, história de câncer de mama, risco de suicídio, história de dependência de drogas.

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.

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 de 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.

(Este documento poderá sofrer alterações)

Luciana Calado 09/11/2011

