

# Relatório de **recomendação**

Outubro/2020

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

## Transtorno Esquizoafetivo



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GESTÃO E INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS E INOVAÇÃO EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO-GERAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

# Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Esquizoafetivo

2020 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Conitec.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - SCTIE

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde - DGITIS

Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-2848

Site: <http://conitec.gov.br/>

E-mail: [conitec@saude.gov.br](mailto:conitec@saude.gov.br)

*Elaboração*

COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS –  
CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS



## CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que alterou a Lei nº 8.080 de 1990, dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Os PCDT são documentos que visam garantir o melhor cuidado de saúde diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no SUS. Podem ser utilizados como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS que estabelecem critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; posologias recomendadas; mecanismos de controle clínico; e acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS.

Os PCDT devem incluir recomendações de condutas, medicamentos ou produtos para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que se tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A lei reforçou a análise baseada em evidências científicas para a elaboração dos protocolos, destacando os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para a formulação das recomendações sobre intervenções em saúde.

Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na Conitec uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as competências de definir os temas para novos protocolos, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além da revisão periódica dos PCDT vigentes, em até dois anos. A Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT é composta por representantes de Secretarias do Ministério da Saúde interessadas na elaboração de diretrizes clínicas: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena e Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde.

Após concluídas as etapas de definição do tema e escopo do PCDT, de busca, seleção e análise de evidências científicas e consequente definição das recomendações, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da Conitec, com posterior disponibilização deste documento para contribuição de



sociedade, por meio de consulta pública (CP) pelo prazo de 20 dias, antes da deliberação final e publicação. A consulta pública é uma importante etapa de revisão externa dos PCDT.

O Plenário da Conitec é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de PCDT, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva, exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde (DGITIS/SCTIE), a gestão e a coordenação das atividades da Conitec.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, o Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde deverá submeter o PCDT à manifestação do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação a ele relacionado antes da sua publicação e disponibilização à sociedade.



## APRESENTAÇÃO

O texto em análise é uma proposta de atualização para a Portaria SAS nº 1.203, de 4 de novembro de 2014, que aprovou a versão vigente Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Esquizoafetivo. Tendo em vista que não foram identificadas novas tecnologias para o tratamento específico da condição clínica, nesta versão foram atualizadas referências de aspectos clínicos e epidemiológicos da doença, bem como foram incluídos medicamentos para controle de sintomas adversos extrapiramidais motores relacionados ao tratamento medicamentoso.

## DELIBERAÇÃO INICIAL

Os membros da Conitec presentes na 91ª reunião do Plenário, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 2020, deliberaram que o tema fosse submetido à consulta pública com recomendação preliminar favorável à publicação deste Protocolo.



## ANEXO

# PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

## 1. INTRODUÇÃO

A definição de transtorno esquizoafetivo ainda precisa de maior consenso, podendo ser uma variante da esquizofrenia, na qual os sintomas do humor são excepcionalmente proeminentes e comuns; uma forma grave de transtorno depressivo ou bipolar, na qual os sintomas psicóticos não cedem completamente entre os episódios de humor; ou duas doenças psiquiátricas relativamente comuns concomitantes, a esquizofrenia e um transtorno de humor (transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar)<sup>1-3</sup>.

As controvérsias no diagnóstico do transtorno esquizoafetivo podem ser vistas nos diferentes critérios usados pelos dois maiores sistemas de diagnóstico e classificação em psiquiatria<sup>4,5</sup>. De acordo com os critérios do capítulo F da Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10), este diagnóstico requer a presença de sintomas que preencham os critérios de diagnóstico de transtorno de humor (afetivo) em maníaco, depressivo ou misto, de gravidade moderada à grave, e de sintomas que preencham também o diagnóstico de esquizofrenia e que ocorram simultaneamente, pelo menos por algum período de tempo (2 semanas). Já os critérios diagnósticos da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Psiquiátrica Americana requerem um episódio de transtorno de humor com sintomas da fase ativa da esquizofrenia ocorrendo concomitantemente, antecedidos ou seguidos por, pelo menos duas semanas, de delírios ou alucinações, sem sintomas proeminentes de humor. Adicionalmente, a DSM-5 preconiza um diagnóstico longitudinal para este transtorno, uma vez que ele só pode ser feito se episódios de humor tenham ocorrido na maior parte do tempo da doença e desde o início dos sintomas psicóticos. Para ambas as classificações, os episódios psicóticos e de humor não podem preencher os critérios das doenças isoladas, nem serem consequência do uso de substâncias psicoativas ou de doenças clínicas<sup>5</sup>.

Uma similaridade entre os dois sistemas de classificação<sup>4,5</sup> é que o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo está incluído na categoria de esquizofrenia e não em transtornos de humor. Possivelmente, a inclusão na categoria de doenças psicóticas influencia a escassez de estudos sobre tratamento específico para esta doença. A grande maioria dos estudos de tratamento medicamentoso para esquizofrenia inclui pacientes com transtorno esquizoafetivo e isso também influi na literatura médica descrita neste protocolo<sup>1</sup>.



Além da definição difícil e da necessária exclusão dos diagnósticos de esquizofrenia e de transtorno de humor isolados, o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo apresenta pouca estabilidade, pois, conforme o estudo de Santelmann, que avaliou um seguimento médio de 2 anos, 19% dos casos migraram para o diagnóstico de esquizofrenia, 14% para transtornos de humor e 6% para outros transtornos<sup>6</sup>. De todo modo, esse diagnóstico representa uma parcela importante de casos na clínica psiquiátrica que apresentam, simultaneamente, alterações relevantes de humor e de psicose e que requerem medicamentos adequados para o controle dos sintomas<sup>4,5,7,8</sup>.

As causas dos transtornos esquizofrênicos são, certamente, multifatoriais. Cada paciente apresenta sucessivos fatores de risco que atuam de forma sinérgica, predispondo para a doença. Atualmente, identificam-se fatores genéticos contribuindo com múltiplos genes e interagindo com vários agentes ambientais, desde a formação embrionária primordial. Essas interações podem levar a alterações mediadas pelo desenvolvimento da neuroplasticidade cerebral que se manifestam em uma cascata de disfunções de citocinas, de elementos do sistema imune, de neurotransmissores, de circuitos sinápticos e de migração neuronal prejudicada. É aventado que o período gestacional, a infância e adolescência são críticos, pois representam fases do desenvolvimento encefálico em que um ou vários gatilhos podem ter elevada importância para o início do transtorno<sup>1,3,9,10</sup>. Vários fatores ambientais, como infecções virais maternas pré-natais ou complicações obstétricas com hipóxia ou estresse durante o neurodesenvolvimento, foram identificados como detentores de papel causal na esquizofrenia e no transtorno bipolar, possivelmente contribuindo também para o transtorno esquizoafetivo<sup>9,10</sup>.

As estimativas de prevalência do transtorno esquizoafetivo correspondem à metade da prevalência estimada para esquizofrenia, afetando, assim, aproximadamente 0,5% da população (0,3%-1,5%), dependendo dos critérios diagnósticos utilizados. Não há evidência de diferença entre os sexos. No Brasil, em um estudo de 1992 e outro de 2012, realizados em São Paulo, foram encontradas prevalências de psicose em geral de 0,3%-2,4% na população<sup>11-13</sup>.

Este PCDT tem a finalidade de desenvolver recomendações sobre o diagnóstico e o tratamento farmacológico do transtorno esquizoafetivo. O encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado conferem à Atenção Primária um papel primordial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.



## 2. METODOLOGIA

A descrição da metodologia científica do presente PCDT (questões de pesquisa definidas pelos especialistas na reunião de definição de escopo, elaboração das estratégias de busca, descrição do fluxo de seleção das evidências científicas e as tabulações dos dados de características dos estudos e desfechos de eficácia e segurança, quando aplicável) encontram-se detalhadas no Apêndice metodológico do PCDT.

## 3. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- F25.0 - Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco
- F25.1 - Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo
- F25.2 - Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

## 4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico e baseado nos critérios operacionais da CID-10<sup>4</sup>. Esse formato de classificação descreve critérios gerais (nomeados com a letra G e numerados de 1 a 4), que precisam ser atendidos em todos os casos. O primeiro deles (G1) é a presença de sintomas de humor; o segundo (G2), a presença de sintomas de psicose; o terceiro (G3), a simultaneidade desses sintomas; e o quarto (G4), a exclusão de outras condições semelhantes<sup>4</sup>.

### 4.1. Diretrizes Operacionais CID-10 para Transtorno Esquizoafetivo

O diagnóstico depende de uma avaliação clínica criteriosa que busque identificar um equilíbrio aproximado entre o número, a gravidade e a duração dos sintomas. Sempre que possível, recomenda-se que a história clínica seja obtida de mais de uma fonte e, na persistência de dúvidas, ela deve ser complementada com documentos prévios de atendimentos médicos.

#### Passos para o diagnóstico:

**Passo 1** – Verificar a presença dos critérios gerais. Todos devem ser atendidos.



- **G1** - O transtorno satisfaz os critérios básicos de um dos transtornos de humor (afetivos) de grau moderado ou grave, conforme especificado para cada subtipo de transtorno esquizoafetivo na CID-10. Os subtipos são F25.0, F25.1 e F25.2 para maníaco, depressivo e misto, respectivamente (ver Quadro 1)<sup>14</sup>.

- **G2** - Os sintomas de, pelo menos, um dos grupos listados a seguir estão claramente presentes durante a maior parte do tempo por um período de pelo menos 2 semanas (praticamente os mesmos da esquizofrenia):

- 1) eco de pensamento, inserção ou retração de pensamento, irradiação de pensamento;
- 2) delírios de controle, influência ou passividade claramente relacionados a movimento de corpo, de membros ou sobre pensamentos, ações ou sensações específicas;
- 3) vozes alucinatórias que fazem comentários sobre o comportamento do paciente ou discutem entre si; ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo (cabeça, tronco, mãos etc.);
- 4) delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, porém, não meramente megalomaniacos ou persecutórios (por exemplo, visita a outros mundos, o poder de controlar as nuvens inspirando e expirando, o poder de comunicar-se com animais ou plantas sem precisar falar etc.);
- 5) fala totalmente irrelevante ou incoerente ou uso frequente de neologismos;
- 6) surgimento intermitente, porém frequente, de algumas formas de comportamento catatônico, tais como postura inadequada, flexibilidade cérea e negativismo.

- **G3** - Os critérios G1 e G2 devem ser satisfeitos **dentro do mesmo episódio do transtorno e simultaneamente durante, pelo menos, algum tempo do episódio**. Sintomas tanto dos critérios G1 como dos G2 devem ser proeminentes no quadro clínico.

- **G4** - Os critérios de exclusão mais comumente utilizados consideram o fato de o transtorno não ser atribuível à doença cerebral orgânica, à intoxicação, à dependência ou abstinência relacionada a álcool ou drogas.

**Passo 2** - Além dos critérios gerais que permitem o uso do código F25 da CID-10, o paciente será classificado em um de três tipos específicos, que receberá um dígito adicional após o número 25 (Quadro 1).

**Quadro 1.** Sintomas necessários para preenchimento do critério G1 (Transtornos de humor-afetivo) e definidores dos subtipos de transtorno esquizoafetivo, conforme CID-10.

CID-10	Critérios básicos	Tempo Mínimo (dias)	Critérios adicionais
F25.0	(a)		Pelo menos 3 dos abaixo (4 se humor irritável):

CID-10	Critérios básicos	Tempo Mínimo (dias)	Critérios adicionais
Esquizo Maníaco	Elevado/expansível/Irritável e claramente anormal	7	(b) atividade aumentada/inquietação física; (c) loquacidade aumentada; (d) fuga de ideias/experiência de pensamentos acelerados; (e) perda de inibições/comportamento inapropriado; (f) diminuição da capacidade de sono; (g) autoestima inflada /grandiosidade; (h) distratibilidade/mudança rápida de planos; (i) comportamento temerário/imprudente; (j) energia sexual marcante/indiscrição sexual.
F25.1 Esquizo Depressivo	Pelo menos 2 de (a), (b), (c): (a) humor deprimido anormal; (b) perda de interesse/prazer; (c) energia diminuída.	14	Pelo menos 1 ou mais de: (d) perda de confiança ou autoestima; (e) sentimentos irracionais de auto-reprovação/culpa; (f) pensamentos de morte/suicídio/comportamento suicida; (g) queixas ou evidências de indecisão; (h) desatenção; (i) diminuição da concentração; (j) alteração psicomotora: agitação ou lentidão; (k) alterações do sono/apetite com alteração de peso
F25.2 Esquizoafetivo Misto	Pelo menos 1 de (a), (b): (a) sintomas maníacos e depressivos simultâneos. (b) sintomas maníacos e depressivos com alternância rápida.	14	Passado com pelo menos 1 de (a), (b), (c): (a) episódio afetivo maníaco; (b) hipomaníaco; (c) misto.

Os quadros de humor e os sintomas de mania e de depressão devem ser medidos por escalas de uso público (*Patient Health Questionnaire – PHQ9*, *Escala de Mania de Young*) para o diagnóstico do transtorno esquizoafetivo<sup>15-19</sup>. Essas escalas estão incluídas no Apêndice 2 desse PCDT.

## 5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse Protocolo os pacientes que preencherem critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, conforme item 4; com adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de



internação indicado E que possuam um familiar ou responsável legal interessado, participativo e disponível. No caso especial de paciente cronicamente asilado, é requerida a presença de um funcionário da instituição disponível e capaz de controlar estressores do ambiente de forma contínua.

## 6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento medicamentoso os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem hipersensibilidade aos fármacos, psicose alcoólica ou tóxica, dependência ou abuso atual de fármacos psicoativos e impossibilidade de adesão ao tratamento ou de acompanhamento contínuo. Esses pacientes deverão participar de programas que motivem a adesão e os tornem elegíveis ao tratamento medicamentoso.

## 7. CASOS ESPECIAIS

O tratamento medicamentoso em pacientes grávidas deve ser evitado, especialmente no primeiro trimestre. No entanto, uma avaliação clínica criteriosa da relação risco-benefício do tratamento é necessária, já que existem desfechos negativos para recém-nascidos de mães com sintomatologia psicótica ativa. Nos casos em que se fizer necessário, usar antipsicótico. Os mais indicados, conforme categoria de risco são: haloperidol, risperidona e olanzapina<sup>20, 21</sup>.

O diagnóstico em crianças é bastante complexo e deve ser realizado por psiquiatras infantis.

Para os pacientes com risco de suicídio, deve-se avaliar necessidade de internação e seguir o protocolo de prevenção do suicídio do Ministério da Saúde<sup>22</sup>.

## 8. ABORDAGEM TERAPÊUTICA

### 8.1. Tratamento não farmacológico

Existem evidências favoráveis do efeito de diferentes modalidades de terapia sobre o curso do transtorno esquizoafetivo e do transtorno esquizofrênico, como as cognitivas, físicas, psicológicas, educacionais e de estimulação cognitiva<sup>23</sup>, mas o escopo deste Protocolo é abordar exclusivamente o tratamento medicamentoso do transtorno esquizoafetivo.



## 8.2. Tratamento farmacológico

Na última década do século XX e na primeira do atual, amplo debate foi realizado sobre a superioridade dos novos medicamentos antipsicóticos no tratamento da esquizofrenia e do transtorno esquizoafetivo. Os ensaios clínicos de tratamento medicamentoso agrupam pacientes com esquizofrenia e com transtorno esquizoafetivo e chegaram ao consenso de que as potências de todos os antipsicóticos são semelhantes na maior parte dos pacientes, com exceção da clozapina<sup>14,15,24-39</sup>. Sendo assim, os antipsicóticos podem ser utilizados **sem** ordem de preferência no tratamento do transtorno esquizoafetivo em pacientes que preencham os critérios de inclusão deste PCDT. Para populações especiais, como crianças, adolescentes e pessoas idosas, vale o mesmo raciocínio, ou seja, as potências dos medicamentos são semelhantes e não há superioridade do uso de combinações de antipsicóticos versus monoterapia, apenas diferenças na tolerância<sup>40-42</sup>.

A clozapina é considerada superior para pacientes não responsivos a outros antipsicóticos e sua indicação permanece para esses casos. Assim, ela pode ser utilizada frente à refratariedade a pelo menos 2 medicamentos utilizados por pelo menos 6 semanas, em doses adequadas e sem melhora de, pelo menos, 30% na Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*<sup>43</sup>. Também pode ser utilizada em caso de risco alto de suicídio e discinesia tardia de repercussão significativa, mesmo antes de se completarem 6 semanas de tratamento ou de se observar melhora de 30% no quadro<sup>44-49</sup>. Caso haja intolerância por agranulocitose, após indicação por refratariedade, a troca poderá ser por olanzapina, quetiapina, risperidona ou ziprasidona; preferencialmente por aquelas que não foram utilizadas nos 2 tratamentos iniciais. Inexiste evidência de que a adição de um segundo antipsicótico, após a clozapina, possa trazer benefícios aos pacientes<sup>1</sup>.

O tratamento deve ser feito com um antipsicótico, de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente. Em caso de falha terapêutica, definida como o uso de qualquer desses fármacos por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve BPRS<sup>43</sup>, deve ser realizada a substituição por outro antipsicótico.

O decanoato de haloperidol é um antipsicótico de ação prolongada (APAP) de uso intramuscular (IM) para tratamento de manutenção do transtorno esquizoafetivo e pode ser a primeira linha de tratamento em pacientes com problemas de adesão.



Quanto aos estabilizadores do humor, apesar de o lítio ser muito utilizado, não existe evidência para o seu uso no transtorno esquizoafetivo. Uma meta-análise relata alguma evidência de lítio como terapia adjunta nos transtornos esquizoafetivos tipo esquizomaníaco, recomendando mais estudos nos pacientes com este transtorno<sup>50</sup>.

Os antidepressivos, embora também frequentemente utilizados nos quadros de transtorno esquizoafetivo do tipo esquizodepressivo, demonstraram eficácia com evidência fraca para os inibidores seletivos de serotonina e imipramina em uma meta-análise<sup>51</sup>. Quanto aos inibidores de recaptção de noradrenalina, outra meta-análise mostrou que eles não foram efetivos<sup>52</sup>.

### 8.3. Fármacos

- Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg
- Quetiapina: comprimidos de 25, 100 e 200 e 300 mg
- Ziprasidona: cápsulas de 40 e 80 mg
- Olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg
- Clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg
- Clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/mL
- Haloperidol: comprimido de 1 e 5 mg; solução oral 2 mg/mL
- Decanoato de haloperidol: solução injetável 50 mg/mL
- Biperideno: comprimido de 2 e 4 mg
- Propranolol: comprimido de 10 e 40 mg

### 8.4. Esquemas de administração

**Risperidona:** Iniciar com 1 mg, 2 vezes ao dia Via Oral (VO), para evitar efeito de primeira dose (bloqueio alfa-adrenérgico). Aumentar em 1 mg, 2 vezes ao dia, até que uma dose-alvo de 6 mg/dia seja alcançada no terceiro dia (3 mg, 2 vezes ao dia). As doses recomendadas de manutenção são de 3-6 mg/dia. Se descontinuada, a administração deve ser reiniciada conforme a primeira dose. Em pacientes com insuficiência renal ou hepática, a dose máxima recomendada é de 3 mg/dia. A administração simultânea com alimentos não interfere na biodisponibilidade do medicamento<sup>53, 54</sup>.

**Quetiapina:** Iniciar com 25 mg, 2 vezes ao dia VO. Aumentar em 25-50 mg por dose por dia nos primeiros 4 dias, com o objetivo de alcançar 300-450 mg/dia entre o quarto e sétimo dia de tratamento. A dose total pode ser dividida em 2 ou 3 vezes ao dia. O ajuste pode ser feito com incrementos ou diminuições de 25-50



mg, 2 vezes ao dia ou em intervalo de 2 dias, dependendo da resposta clínica e da tolerabilidade do paciente. A dose máxima fica entre 750-800 mg/dia<sup>18</sup>.

**Ziprasidona:** Iniciar com 40 mg, 2 vezes ao dia VO, com alimentos. Aumentar a dose em intervalos superiores a 2 dias até a dose máxima de 160 mg/dia (80 mg, 2 vezes ao dia). A dose de manutenção ideal é de 40 mg, 2 vezes ao dia. A dose máxima de 160 mg/dia pode ser alcançada no terceiro dia de tratamento, se necessário.

**Olanzapina:** Iniciar com 5 mg à noite VO. Aumentar em 5 mg após um mínimo de 7 dias, até uma dose total diária de 20 mg/dia, independente das refeições. Não há evidências de que doses acima de 20 mg/dia em pacientes não refratários sejam mais eficazes. Não é necessário ajuste de dose em casos de insuficiência renal ou hepática. Pacientes fisicamente debilitados ou emagrecidos devem receber no máximo 5 mg/dia. A olanzapina pode ser utilizada até a dose de 30 mg/dia quando for substituir a clozapina na vigência de efeitos adversos graves, como agranulocitose, cardiopatia e oclusão intestinal e sem condições de reintrodução da mesma<sup>19,55,56</sup>.

**Clozapina:** Iniciar com a dose de 12,5 mg VO, em tomada única à noite, podendo ser aumentada em 25 mg a cada 1 a 2 dias, até a dose de 300-400 mg/dia, conforme resposta e tolerância. Após 30 dias sem melhora, pode-se aumentar 50 mg a cada 3-4 dias até 800 mg/dia. Doses acima de 400 mg podem ser fracionadas em 2 a 3 administrações para aumentar a tolerância do paciente.

**Clorpromazina:** Iniciar com doses pequenas, entre 50-100 mg VO, 2-3 vezes ao dia, para atenuar possíveis efeitos adversos. Sua meia-vida de 24 horas permite administrações uma vez ao dia. Doses médias diárias variam entre 400-800 mg, sendo 1 g a dose máxima recomendada. Doses abaixo de 150 mg estão relacionadas a maior chance de recidiva de sintomas. Após 2-5 dias alcança equilíbrio de concentração no sangue. Diferentes substâncias, como café, cigarro e antiácidos, diminuem sua absorção. No caso de insucesso na redução ou suspensão dessas substâncias, pode-se considerar a administração de doses maiores, respeitando a dose máxima recomendada.

**Haloperidol:** Iniciar com doses fracionadas de 0,5 a 2 mg VO, 2-3 vezes ao dia para minimizar efeitos adversos, até a dose máxima de 15 mg/dia em situações agudas e de 10 mg/dia para manutenção. Pode ser administrado uma vez ao dia, pois tem meia-vida de 24 horas. Doses maiores parecem não ter benefício e aumentam a incidência de efeitos adversos. As doses devem ser reduzidas até o nível mais baixo de efetividade. Pacientes idosos geralmente requerem doses menores.



**Decanoato de haloperidol:** A dose indicada é de 150-200 mg/mês, para a maioria dos casos, aplicada IM profunda a cada 4 semanas e, em casos mais graves, até 2 vezes ao mês. Sua meia-vida é de cerca de 3 semanas, levando entre 3-6 meses para estabilizar sua concentração plasmática. Por tal motivo, pode-se iniciar com doses maiores de até 400 mg/mês e com frequência semanal nos primeiros meses. Alternativamente, pode-se iniciar com doses usuais e suplementar com haloperidol oral até a dose máxima de 15 mg/dia, conforme tolerância, no primeiro mês.

**Biperideno:** Poderá ser utilizado na dose de 1 a 16 mg, divididos em 1 a 4 administrações ao dia, dependendo da intensidade dos sintomas.

**Propranolol:** Poderá ser utilizado na dose de 40 a 160 mg em 2 a 3 vezes por dia.

## 8.5. Benefícios esperados

Melhora dos sintomas psicóticos, de depressão e de mania, definida por meio de entrevista que fornece informações para o preenchimento de uma escala clínica com 18 itens, dos quais 8 são preenchidos pela observação e 10 por questões guia, com descritores de gravidade de cada sintoma. Espera-se uma diminuição de pelo menos 30% nos escores da escala *BPRS-A*. As escalas de avaliação do humor *PHQ9* e de mania *Young Beck e Calgary* devem também ser aplicadas<sup>4</sup>.

## 9. MONITORAMENTO

Para cada um dos medicamentos, devem ser observadas as contraindicações relativas e considerado o risco benefício de seu uso. Diante de efeitos adversos ou complicações da doença propriamente dita, o tratamento deverá ser interrompido ou modificado. A introdução lenta da dose, com o aumento gradual até a máxima permitida, pode evitar ou amenizar o aparecimento de efeitos adversos desses medicamentos. De um modo geral, os pacientes que não melhoram após 6 semanas de tratamento com dose máxima de um dos medicamentos, que não aderem ao tratamento ou não apresentam melhora mínima de 30% nos escores da *BPRS*, também devem ter seu tratamento interrompido ou modificado. Na presença de discinesia tardia significativa ou tentativa de suicídio, o antipsicótico em uso deve ser substituído por clozapina. Frente à má adesão à terapia, o antipsicótico oral deve ser substituído por decanoato de haloperidol.

Antes do início do tratamento com qualquer um dos medicamentos, é obrigatória a avaliação dos seguintes



aspectos: idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes e dosagens de hemograma, plaquetas, sódio, potássio, colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum.

O tratamento com antipsicótico será contínuo enquanto a doença estiver sintomática, sob vigilância médica, familiar e/ou institucional. A melhora clínica é definida por meio de entrevista que provê informações para o preenchimento de escalas clínica e de avaliação de humor, sendo esperada a diminuição de pelo menos 30% nos escores, conforme citado no item 8. As escalas de humor *PHQ*<sup>16</sup> e de mania de *Young*<sup>17</sup> devem ser aplicadas para monitorar sintomas depressivos e maníacos concomitantes.

Durante o tratamento devem ser repetidas as medidas antropométricas, pressão arterial e pulso em 3, 6 e 12 meses. Os exames laboratoriais, com perfil lipídico, glicemia de jejum e eletrólitos, devem ser feitos em 3 e 12 meses. Após seguimento de 12 meses, a monitorização deve ser repetida anualmente. Em caso de alterações significativas, deverá ser feita uma avaliação clínica, com discussão de risco benefício em conjunto com a família e o paciente, já que comorbidades clínicas podem acontecer na vigência do uso de um antipsicótico (hipertensão arterial, ganho de peso significativo, diabetes melito, secreção inadequada de hormônio antidiurético com hiponatremia persistente, cardiopatia com prejuízo significativo, síndrome metabólica persistente). Estas comorbidades podem ser manejadas com a troca por outro antipsicótico e com o tratamento específico, se necessário<sup>1,57,58</sup>.

Após a melhora clínica, para todos os medicamentos indicados neste protocolo, deve-se estipular redução cuidadosa da dose para a fase de manutenção, com acompanhamento clínico e psiquiátrico, além de avaliações objetivas com medidas de sintomas e comportamentos (escala *BPRS-A*). O tratamento deve ser continuamente reavaliado quanto à eficácia e segurança pelo médico responsável.

A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência, ginecomastia e galactorreia. Se houver aumento do nível sérico de prolactina acima de 25 ng/mL nas mulheres ou acima de 20 ng/mL nos homens, acompanhado ou não de sintomas, há indicação de troca de antipsicótico. O risco benefício da troca deve ser sempre avaliado<sup>1</sup>.

Podem ocorrer sintomas adversos extrapiramidais motores, descritos como a ocorrência de, pelo menos, um dos seguintes grupos: distonia, discinesia, acatisia e parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia) e que aparecem nos 3 primeiros meses de tratamento, normalmente nas primeiras semanas. Na presença desses efeitos adversos e após ajuste de dose, biperideno ou propranolol, já contemplados na Rename, são

indicados como terapêutica. Na persistência dos sintomas, a substituição por outro antipsicótico com menos efeitos extrapiramidais, como olanzapina, quetiapina ou ziprasidona, é indicada. Recomenda-se a avaliação dos sintomas extrapiramidais pelas escalas de sintomas extra-piramidais<sup>59</sup>, *Barnes Akathisia Rating Scale* e *Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS)*<sup>60</sup>.

Os medicamentos antipsicóticos têm sido relacionados com a Síndrome Neuroléptica Maligna (SNM), uma reação idiossincrática rara caracterizada por hipertermia, rigidez muscular generalizada, instabilidade autonômica (pulso ou pressão arterial irregular, taquicardia, diaforese e arritmia cardíaca), alteração da consciência e elevação sérica dos níveis de creatinina fosfoquinase. Outros sinais podem incluir, ainda, mioglobinúria (rabdomiólise) e insuficiência renal aguda que são potencialmente fatais. Hipertermia é geralmente um sinal precoce dessa síndrome. A avaliação diagnóstica dos pacientes é complicada. Para chegar a um diagnóstico, é importante excluir outras complicações e doenças graves. O tratamento antipsicótico deve ser descontinuado imediatamente e a terapia intensiva de suporte instituída com monitoramento cauteloso. Não existe consenso sobre tratamento farmacológico específico para SNM. Se um paciente requerer tratamento com droga antipsicótica após sua recuperação, a reintrodução deve ser cuidadosamente considerada e o paciente deve ser monitorado, tendo em vista o reaparecimento da síndrome<sup>61</sup>.

A seguir, as peculiaridades de cada medicamento:

**Quadro 2** – Especificidades dos medicamentos

Medicamento e dose máxima	Contraindicações para uso	Monitorização na utilização	Interrupção do tratamento	Efeitos adversos importantes de todos
Risperidona: Até 6 mg/dia		-pressão arterial;  -glicemia;  -peso;  -eletrólitos;  -lipídios.	-hiperprolactinemia; -sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol; -gravidez ou amamentação.	-síndrome neuroléptica maligna; discinesia tardia; -alteração de eletrocardiograma com prolongamento do intervalo QT; -doença cardiovascular ou cerebrovascular; -hipotensão ortostática; -hipotermia ou hipertermia; -reativação de câncer de mama ou outro tumor dependente de prolactina; -insuficiência renal; -insuficiência hepática;



				-agravamento da doença de Parkinson, epilepsia e tumor cerebral; -constipação.
Olanzapina: Até 20 mg/dia		-peso;  -pressão arterial;  -glicemia;  -lipídios.	-ganho de peso acima de 7% do seu peso; -desenvolvimento de obesidade; -hipertensão arterial; -dislipidemia; -diabete mérito; -resistência insulínica; -gravidez ou lactação.	
Quetiapina: Até 800 mg/dia	-Doença de Alzheimer.	-peso;  -pressão arterial;  -glicemia;  -lipídios;	-ganho de peso acima de 7% do seu peso; -desenvolvimento de obesidade; -hipertensão arterial; -dislipidemia; -diabete mérito; -resistência insulínica; -gravidez ou lactação.	
Ziprasidona: Até 160 mg/dia	-Pacientes com intervalo QT prolongado conhecido (síndrome congênita de QT prolongado, infarto cardíaco recente, insuficiência cardíaca descompensada, arritmias, uso de antiarrítmicos).	-ECG	-prolongamento do intervalo QT > 500 ms; -gravidez e amamentação.	
Clozapina: 300-800 mg/dia	-pacientes incapazes de realizarem hemogramas regulares; -antecedente de granulocipenia/a granulocitose tóxica ou idiossincrática e distúrbios	-sintomas típicos de gripe, febre, dor de garganta; -hemograma semanal nas primeiras 18 semanas; -febre persistente; - taquicardia e	-citopenias(leucócitos < 3.000/mm <sup>3</sup> ; neutropenia < 1.500/mm <sup>3</sup> ; plaquetopenia < 100.000/mm <sup>3</sup> ). -possibilidade de reação inflamatória de origem imune	



	<p>hematopoiético;          -epilepsia não controlada;          -psicoses alcohólica e tóxica;          -colapso circulatório ou depressão do SNC;          -coenças cardíaca, renal ou hepática graves;          -íleo paralítico.</p>	<p>cansaço:          ecocardiograma ou enzimas cardíacas;          -hábito intestinal.</p>	<p>(miocardiopatia, pericardite, pleurite, panserosite).          -sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol.          -convulsões.          -constipação com risco de obstrução intestinal.          -gravidez e amamentação.</p>	
<p>Clorpromazina :          300-1000 mg/dia</p>	<p>-glaucoma de ângulo fechado;          -risco de retenção urinária;          -uso concomitante de levodopa;          -comas barbitúricos e etílico;          -sensibilidade às fenotiazinas;          -doença cardíaca grave;          -depressão do SNC;          -discrasia sanguíneas;          -câncer de mama;          -doenças hepática, de Parkinson, epilepsia e úlcera péptica.</p>	<p>-Observação de sinais e sintomas clínicos.</p>	<p>-distonia significativa;          -sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou propranolol;          -hiperprolactinemia com sintomas;          -depressão grave do SNC.</p>	
<p>Haloperidol:          5-15 mg/dia</p>	<p>-estados comatosos;          -depressão do SNC por álcool ou outras drogas;          -doença de</p>	<p>-Observação de sinais e sintomas clínicos.</p>	<p>-distonia significativa;          -sintomas extrapiramidais resistentes ao tratamento com biperideno ou</p>	



	Parkinson; -lesão de gânglios de base.		propranolol.	
--	--	--	--------------	--

## 10. GESTÃO E CONTROLE

O atendimento dos pacientes deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Psicossocial (RAPS)<sup>62</sup>.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional, que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental; incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar<sup>63</sup>.

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso do medicamento. Devem também ser observadas as condições de boa adesão e possibilidade de acompanhamento continuado do paciente e de seu familiar ou responsável legal.

Para o uso de clozapina, recomenda-se a realização de hemograma completo a intervalos semanais e a cada aumento da dose nas primeiras 18 semanas de tratamento e, após, a intervalos mensais ao longo de todo o tratamento, assim como consultas médicas mensais.

Os procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS contemplados neste PCDT estão descritos no Quadro 3.

**Quadro 3.** Procedimentos contemplados no PCDT de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Código procedimento	Descrição
02.02.06.030-6	Dosagem de prolactina
02.02.06.025-0	Dosagem de hormônio tireoestimulante (TSH)
02.02.01.031-7	Dosagem de creatinina
02.02.01.064-3	Dosagem de transaminase glutamico-oxalacetica (TGO)

02.02.01.065-1	Dosagem de transaminase glutamico-piruvica (TGP)
02.02.01.027-9	Dosagem de Colesterol HDL
02.02.01.028-7	Dosagem de Colesterol LDL
02.02.01.029-5	Dosagem de Colesterol Total
02.02.01.067-8	Dosagem de Triglicerídeos
02.02.02.038-0	Dosagem de Hemograma completo
02.02.01.047-3	Dosagem de Glicose
02.02.01.063-5	Dosagem de Sódio
02.02.01.060-0	Dosagem de Potássio
02.02.01.032-5	Dosagem de creatinofosfoquinase
02.11.02.003-6	Eletrocardiograma
02.06.01.006-0	Tomografia computadorizada de sela túrcica
02.07.01.007-2	Ressonância magnética de sela túrcica
06.04.51.001-2	Risperidona 1 mg cp
06.04.51.002-0	Risperidona 2 mg cp
06.04.51.003-9	Risperidona 3 mg cp
06.04.230.03-6	Quetiapina 25 mg cp
06.04.230.04-4	Quetiapina 100 mg cp
06.04.230.05-2	Quetiapina 200 mg cp
06.04.230.06-0	Quetiapina 300 mg cp
06.04.210.01-9	Ziprasidona 40 mg caps
06.04.210.02-7	Ziprasidona 80 mg caps
06.04.230.01-0	Olanzapina 5 mg cp
06.04.230.02-8	Olanzapina 10 mg cp
06.04.230.08-7	Clozapina 25 mg cp
06.04.230.07-9	Clozapina 100 mg cp

**Observação:** os fármacos biperideno, propranolol, haloperidol e decanoato de haloperidol estão alocados no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e, por isso, não possuem procedimento especificado no Quadro 3.



## 11. REFERÊNCIAS

1. The International Psychopharmacology Algorithm Project. Disponível em: [www.ipap.org](http://www.ipap.org). Acesso em: 15 Maio 2010.
2. Miller JN, Black DW. Schizoaffective disorder: A review. *Ann Clin Psychiatry*. 2019;31(1):47-53.
3. Stroup TS, MPH Stephen Marder. Pharmacotherapy for schizophrenia: Acute and maintenance phase treatment. <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-acute-and-maintenance-phase-treatment2014>.
4. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrição clínica e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014. Editado também como livro impresso em 2014. ISBN 978-85-8271-089-0 1. Psiquiatria. 2. Transtornos mentais. I. American Psychiatric Association.
6. Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C. Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies. *Bipolar Disord*. 2016;18(3):233-46.
7. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(6):1089-109.
8. Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2000;22:23-6.
9. Radhakrishnan R, Kaser M, Guloksuz S. The Link Between the Immune System, Environment, and Psychosis. *Schizophr Bull*. 2017;43(4):693-7.
10. Depino AM. Perinatal inflammation and adult psychopathology: From preclinical models to humans. *Semin Cell Dev Biol*. 2018;77:104-14.
11. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2000;22:15-7.
12. Almeida Filho Nd, Mari JdJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre) / Psychiatric morbidity survey in urban areas in Brazil (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Rev. ABP-APAL*;14(3)1992. p. 93-104.
13. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.
14. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(6):553-64.
15. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;373(9657):31-41.
16. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSPd, Silva NTBd, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013;29:1533-43.
17. Vilela JAA, Crippa JAS, Del-Ben CM, Loureiro SR. Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2005;38:1429-39.
18. Sparshatt A, Jones S, Taylor D. Quetiapine: dose-response relationship in schizophrenia. *CNS Drugs*. 2008;22(1):49-68; discussion 9-72.
19. Meltzer HY, Bobo WV, Roy A, Jayathilake K, Chen Y, Ertugrul A, et al. A randomized, double-blind comparison of clozapine and high-dose olanzapine in treatment-resistant patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):274-85.
20. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. Part 3: Update 2015 Management of special circumstances: Depression, Suicidality, substance use disorders and pregnancy and lactation. *World J Biol Psychiatry*. 2015;16(3):142-70.

21. McAllister-Williams RH, Baldwin DS, Cantwell R, Easter A, Gilvarry E, Glover V, et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol*. 2017;31(5):519-52.
22. Saúde Md. Prevenção do suicídio. <https://www.saude.gov.br/component/tags/tag/prevencao-do-suicidio>.
23. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:465-97.
24. Geddes J, Freemantle N, Harrison P, Bebbington P. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *Bmj*. 2000;321(7273):1371-6.
25. Leucht S, Wahlbeck K, Hamann J, Kissling W. New generation antipsychotics versus low-potency conventional antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003;361(9369):1581-9.
26. Davis JM, Chen N. Dose response and dose equivalence of antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol*. 2004;24(2):192-208.
27. Davis JM, Chen N. Old versus new: weighing the evidence between the first- and second-generation antipsychotics. *Eur Psychiatry*. 2005;20(1):7-14.
28. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382(9896):951-62.
29. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP, et al. Randomized controlled trial of the effect on Quality of Life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1079-87.
30. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, Davidson M, Vergouwe Y, Keet IP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet*. 2008;371(9618):1085-97.
31. Rabinowitz J, Levine SZ, Barkai O, Davidov O. Dropout rates in randomized clinical trials of antipsychotics: a meta-analysis comparing first- and second-generation drugs and an examination of the role of trial design features. *Schizophr Bull*. 2009;35(4):775-88.
32. Napryeyenko O, Burba B, Martinez G, Neznanov NG, Fischel T, Bayle FJ, et al. Risperidone long-acting injectable in recent-onset schizophrenia examined with clinician and patient self-report measures. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2010;30(2):200-2.
33. Rummel C, Hamann J, Kissling W, Leucht S. New generation antipsychotics for first episode schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(4):Cd004410.
34. Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of cognitive change with haloperidol in clinical trials of atypical antipsychotics: dose effects and comparison to practice effects. *Schizophr Res*. 2007;89(1-3):211-24.
35. Stahl SM, Morrisette DA, Citrome L, Saklad SR, Cummings MA, Meyer JM, et al. "Meta-guidelines" for the management of patients with schizophrenia. *CNS Spectr*. 2013;18(3):150-62.
36. Hartling L, Abou-Setta AM, Dursun S, Mousavi SS, Pasichnyk D, Newton AS. Antipsychotics in adults with schizophrenia: comparative effectiveness of first-generation versus second-generation medications: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2012;157(7):498-511.
37. Soares-Weiser K, Bechard-Evans L, Lawson AH, Davis J, Ascher-Svanum H. Time to all-cause treatment discontinuation of olanzapine compared to other antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(2):118-25.
38. Kishimoto T, Agarwal V, Kishi T, Leucht S, Kane JM, Correll CU. Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Mol Psychiatry*. 2013;18(1):53-66.
39. Marriott RG, Neil W, Waddingham S. Antipsychotic medication for elderly people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1):Cd005580.
40. Sarkar S, Grover S. Antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Indian J Pharmacol*. 2013;45(5):439-46.



41. Essali A, Ali G. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(2):CD004162.
42. Correll CU, Rummel-Kluge C, Corves C, Kane JM, Leucht S. Antipsychotic combinations vs monotherapy in schizophrenia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull.* 2009;35(2):443-57.
43. Romano F, Elkis H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - versão Ancorada (BPRS-A). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 1996:43-9.
44. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(1):82-91.
45. Lewis S, Barnes T, Davies L, Murray R, Dunn G, Hayhurst Kea. Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. 2006:[715-23 pp.].
46. Souza JS, Kayo M, Tassell I, Martins CB, Elkis H. Efficacy of olanzapine in comparison with clozapine for treatment-resistant schizophrenia: evidence from a systematic review and meta-analyses. *CNS Spectr.* 2013;18(2):82-9.
47. Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry.* 2001;158(4):518-26.
48. Cipriani A, Boso M, Barbui C. Clozapine combined with different antipsychotic drugs for treatment resistant schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(3):Cd006324.
49. Hennen J, Baldessarini RJ. Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophr Res.* 2005;73(2-3):139-45.
50. Leucht S, Helfer B, Dold M, Kissling W, McGrath JJ. Lithium for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015(10):Cd003834.
51. Gregory A, Mallikarjun P, Upthegrove R. Treatment of depression in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;211(4):198-204.
52. Matthews PRL, Horder J, Pearce M. Selective noradrenaline reuptake inhibitors for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1:Cd010219.
53. Li C, Xia J, Wang J. Risperidone dose for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(4):Cd007474.
54. Kim CY, Shin YW, Joo YH, Hong JP, Lee GH, Choi SK. Risperidone dosing pattern and clinical outcome in psychosis: an analysis of 1713 cases. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(7):887-93.
55. Kumra S, Kranzler H, Gerbino-Rosen G, Kester HM, De Thomas C, Kafantaris V, et al. Clozapine and "high-dose" olanzapine in refractory early-onset schizophrenia: a 12-week randomized and double-blind comparison. *Biol Psychiatry.* 2008;63(5):524-9.
56. Citrome L, Kantrowitz JT. Olanzapine dosing above the licensed range is more efficacious than lower doses: fact or fiction? *Expert Rev Neurother.* 2009;9(7):1045-58.
57. Every-Palmer S, Newton-Howes G, Clarke MJ. Pharmacological treatment for antipsychotic-related constipation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1:Cd011128.
58. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T, Remington G. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(12):Cd006629.
59. Chouinard G, Ross-Chouinard A, Annable L, B J. Extrapyramidal Symptom Rating Scale. *Can J Neurol Sci.* 1980:233-9.
60. Barnes TR. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry.* 1989;154:672-6.
61. Strawn JR, Keck PE, Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. *Am J Psychiatry.* 2007;164(6):870-6.
62. Saúde Md. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps> .
63. Saúde Md. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. <https://www.saude.gov.br/noticias/693-acoes-e-programas/41146-centro-de-atencao-psicossocial-caps>



## **TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**

Deve-se informar o paciente ou seu responsável legal sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos adversos relacionados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER).

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

### RISPERIDONA, QUETIAPINA, ZIPRASIDONA, OLANZAPINA, CLOZAPINA, CLORPROMAZINA, HALOPERIDOL, DECANOATO DE HALOPERIDOL

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do [a] paciente),  
declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina, clozapina, clorpromazina, haloperidol e decanoato de haloperidol, que são indicados para o tratamento do transtorno esquizoafetivo. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

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

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

- **Risperidona, quetiapina, ziprasidona e olanzapina:** medicamentos classificados na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém, não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos).
- **Clozapina:** medicamento classificado na gestação como categoria B (pesquisas em animais não mostraram anormalidades nos descendentes, porém, não há estudos em humanos; risco para o bebê é muito improvável). Contraindicado nos casos de leucopenia (contagem de células brancas do sangue abaixo de 3.500 células/mm<sup>3</sup>). São necessários controles periódicos com hemogramas semanais nas primeiras 18 semanas e mensal após.
- **Haloperidol e Clorpromazina:** medicamentos classificados na gestação como categoria C (raras anomalias, icterícia fetal, efeitos anticolinérgicos fetais no nascimento).
- Os efeitos adversos mais comuns da **risperidona** são: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náuseas, ganho de peso.
- Os efeitos adversos mais comuns da **quetiapina**: prisão de ventre, vertigens, sonolência, boca seca, indigestão, aumento de peso, tontura ao levantar.



- Os efeitos adversos mais comuns da **ziprasidona**: sonolência, insônia, tonturas, pressão baixa, tremores, alterações cardíacas, fraqueza, dor de cabeça, prisão de ventre, boca seca, aumento da salivação, náuseas, vômitos, nervosismo, agitação.
- Os efeitos adversos mais comuns da **olanzapina**: dor de cabeça, sonolência, insônia, agitação, nervosismo, ansiedade, boca seca, tonturas ao levantar, taquicardia, inchaço, amnésia, febre, vermelhidão na pele, inquietação, prisão de ventre, dor abdominal, ganho de peso, aumento do apetite, rigidez na nuca, dores no corpo.
- Os efeitos adversos mais comuns da **clozapina** são: aumento da frequência cardíaca, palpitações, tonturas, prisão de ventre, febre, dor de cabeça, cansaço, sonolência, produção aumentada ou diminuída de saliva, aumento de suor, náuseas, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia).
- Os efeitos adversos do **haloperidol** são: tremores, rigidez, salivação, tonturas, movimentos involuntários, inquietação, alterações menstruais, coágulos.
- Os efeitos adversos da **clorpromazina** são: tremores, movimentos involuntários, irregularidades menstruais, disfunção sexual, retenção urinária, aumento de peso, sonolência. Não deve ser usado em quem tem glaucoma, problemas urinários ou doença grave do coração.
- Esses medicamentos podem causar aumento da pressão arterial, da glicose, do peso, além de alterações das gorduras do sangue. Consultas e exames durante o tratamento são necessárias.
- Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

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

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

( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- ( ) risperidona
- ( ) quetiapina
- ( ) ziprasidona
- ( ) olanzapina
- ( ) clozapina
- ( ) clorpromazina
- ( ) haloperidol
- ( ) decanoato de haloperidol



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: _____			



## APÊNDICE 1

### METODOLOGIA DE BUSCA E AVALIAÇÃO DA LITERATURA

#### 1. Escopo e finalidade da Diretriz

A revisão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Transtorno Esquizoafetivo foi iniciada com reunião presencial para delimitação do escopo e com o objetivo da sua atualização, no dia 24/05/2019, em Brasília.

A reunião presencial teve a participação de cinco membros do Grupo Elaborador – dois especialistas e três metodologistas –, além de uma representante de sociedade médica, a coordenadora geral da Saúde Mental do Ministério da Saúde e quatro representantes do Comitê Gestor (DGITIS).

A dinâmica da reunião foi conduzida com base no PCDT de Transtorno Esquizoafetivo vigente (Portaria SAS/MS nº 1.203 de 04/11/2014) e na estrutura de PCDT definida pela Portaria nº 375, de 10 de novembro de 2009. Cada seção do PCDT foi discutida pelos participantes, com o objetivo de atualizar o texto, revisar as condutas clínicas e identificar as tecnologias que poderiam ser consideradas nas recomendações.

Os especialistas foram nomeados como relatores e responsáveis pela redação e atualização do texto, que foi distribuído entre eles. Foi-lhes dada orientação de referenciar as recomendações com base nos estudos pivotais, meta-análises e diretrizes atuais que consolidam a prática clínica, atualizando os dados epidemiológicos descritos no PCDT vigente.

Foi estabelecido que as recomendações diagnósticas, de tratamento ou acompanhamento que utilizassem tecnologias previamente disponibilizadas no SUS não teriam questões de pesquisa definidas por se tratar de práticas clínicas estabelecidas, exceto em casos de incertezas atuais sobre seu uso, casos de desuso ou oportunidades de desinvestimento. Por questões operacionais, foi decidido que o escopo deste PCDT seria delimitado ao tratamento farmacológico do Transtorno Esquizoafetivo. Na reunião, foram levantados inúmeros medicamentos para incorporação, entretanto, todos eram *off label* para a indicação proposta, exceto o zuclopentixol.

O zuclopentixol é um antipsicótico disponível em apresentações que facilitam seu manejo (injetável, oral e decanoato) em emergências psiquiátricas, mas deve ser visto com cuidado. Foram realizadas buscas na literatura médica que mostraram pouquíssimos estudos comparativos com haloperidol. Os estudos são



pequenos, com achados mal relatados e falhas metodológicas importantes. Não há evidência de que seja mais ou menos eficaz no controle da psicose aguda com agressividade ou na prevenção de efeitos adversos do que o haloperidol intramuscular, sendo que nenhum dos dois têm um início rápido de ação. O uso de acetato de zuclopentixol pode resultar em menor número de injeções coercitivas e a dose baixa pode ser tão eficaz quanto a dose mais alta da medicação. Seu uso na forma de decanoato requer igual frequência de medicações antiparkinsonianas no controle de efeitos colaterais que o decanoato de haloperidol. Apesar de requerer menor número de injeções coercivas na fase aguda, não mostrou superioridade em médio e longo prazo. Em virtude da qualidade metodológica dos estudos, os especialistas concordaram em não elaborar um parecer técnico-científico para submissão à Conitec.

## 2. Equipe de elaboração e partes interessadas

Esta informação será apresentada no Relatório Final após Consulta Pública e Deliberação Final da Conitec.

### Avaliação da Subcomissão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

O PCDT foi apresentado na 82ª reunião da Subcomissão Técnica de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, realizada no dia 08 de setembro de 2020, com a participação de áreas deste Ministério que decidiram, por unanimidade, pautar o tema na reunião da Conitec.

### Consulta Pública

Encaminhado para Consulta Pública.

## 3. Busca da evidência e recomendações

Na reunião de escopo realizada em 24/05/2019 para a atualização desse protocolo, ficou decidido que as buscas se limitariam a meta-análises publicadas a partir de 2014, ano da publicação do último PCDT.

Em 10 de janeiro de 2020, foram realizadas buscas na literatura nas bases de dados Medline via Pubmed, com o termo *Schizoaffective disorders* e foram encontradas 38 meta-análises. Na base de dados Embase, com o termo *Schizoaffective Psychosis*, foram encontradas 102 meta-análises. Foram excluídas as 16 duplicatas e foram selecionados apenas dois artigos, conforme Quadro A.

#### Quadro A - Descrição das buscas, resultados e estudos selecionados:

Base	Estratégia	Localizados	Duplicados	Selecionados
------	------------	-------------	------------	--------------

Medline (via PUBMED) Data da busca: 10/01/2020	"Schizoaffective disorder"AND Meta-Analysis[ptyp] AND "2014/01/01"[PDat] : "2020/01/10"[PDat])	38	<b>16</b>	<b>2</b> <b>Motivo das exclusões: Não relacionados ao PCDT, não relevantes, tratamentos não medicamentosos, estudos genéticos, outras doenças,</b>
Embase Data da busca: 10/01/2020	'schizoaffective psychosis'/exp AND [meta analysis]/lim AND [2014-2020]/py	102		

Seguem abaixo os estudos selecionados a partir da busca:

Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C. Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies. *Bipolar Disord.* 2016;18(3):233-46 – referência 6.

Matthews PRL, Horder J, Pearce M. Selective noradrenaline reuptake inhibitors for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;1:Cd010219 – referência 52.

Outros estudos de conhecimento dos especialistas foram incluídos para a atualização deste PCDT.



## APÊNDICE 2

### ESCALAS E TESTES DE AVALIAÇÃO

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS Ancorada com sugestão de perguntas  
 Versão Ancorada - BPRS-A (Woerner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996) mais  
 Entrevista Clínica Estruturada <sup>43</sup>

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

1	RELATO DO PACIENTE	PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).
Pergunta-guia		Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?



	0 1 2 3 4 5 6	<p>Não relatado.</p> <p>Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.</p> <p>Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.</p>
		<p>Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.</p> <p>Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.</p> <p>Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>
2	RELATO DO PACIENTE	ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.
Pergunta-guia		Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)
	0 1 2 3 4 5 6	<p>Não relatado.</p> <p>Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.</p> <p>Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.</p> <p>Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.</p> <p>Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso</p> <p>Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	RETRAIMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.



	<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.</p> <p>2 Leve: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.</p> <p>4</p> <p>5 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.</p> <p>6 Grave: Como acima, porém, mais persistente e disseminado.</p> <p>Muito grave: Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista. (Não pontuar se explicado pela desorientação).</p>
4	<p><b>OBSERVAÇÃO DO PACIENTE</b></p> <p>DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes, uso infrequente de neologismos ou associações moderadamente frouxas.</p> <p>4</p> <p>5 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>6 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.</p> <p>Muito grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5	<p><b>RELATO DO PACIENTE</b></p> <p>SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal. Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.</p>



Pergunta-guia		Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)
	0 1 2 3 4 5 6	Não relatado. Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado. Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado ou frequentemente se sente levemente culpado. Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado ou frequentemente se sente moderadamente culpado. Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado. Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado. Muito grave: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.
6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).
	0 1 2 3 4 5 6	Não observado. Muito leve: Fica ocasionalmente agitado. Leve: Fica frequentemente agitado. Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa. Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa. Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar. Muito grave: Anda de maneira frenética.
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.



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



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



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



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



14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.
	0 1 2 3 4 5 6	<p>Não observado.</p> <p>Muito leve: Não parece motivado.</p> <p>Leve: Parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>Grave: Recusa-se a responder a algumas questões.</p> <p>Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.</p>
15	RELATO DO PACIENTE	ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS): Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.
Pergunta-guia		Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?
	0 1 2 3 4 5 6	<p>Não relatado.</p> <p>Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus).</p> <p>Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).</p>



16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por déficits na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
	0 1 2 3 4 5 6	<p>Não observado.</p> <p>Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.</p> <p>Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).</p> <p>Grave: Profundo achatamento de afeto.</p> <p>Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
	0 1 2 3 4 5 6	<p>Não observado.</p> <p>Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.</p> <p>Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.



<p>Pergunta-guia</p>	<p>Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês- ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.)</p> <p>Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</p>
<p>0 1 2 3 4 5 6</p>	<p>Não observado.</p> <p>Muito leve: Parece um pouco confuso.</p> <p>Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>Moderado: Indica 1992.</p> <p>Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.</p> <p>Grave: Não faz ideia de onde está.</p> <p>Muito grave: Não sabe quem é.</p>

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

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



Escalas de Depressão (PHQ9), Estado misto depressivo-maniaco (DMX12), Ansiedade Generalizada (GAD7) <sup>16</sup>

Nas últimas duas semanas, com que frequência você esteve incomodado (a) por:			0	1	2	3
			EM NENHUM MOMENTO	UM POUCO ALGUNS DIAS	MAIS DA METADE DOS DIAS	TODOS QUASE TODOS OS DIAS
PHQ9	1	Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas				
	2	Sensação de depressão-desesperança				
	3	Não conseguir iniciar ou seguir dormindo, dormir demais.				
	4	Cansaço, pouca energia				
	5	Pouco apetite ou comer demais				
	6	Sentir-se mal, um fracasso ou para baixo.				
	7	Problema para se concentrar ler jornal, assistir TV.				
	8	Se mexer ou falar tão devagar que outros notaram. Ou o oposto, inquieto, se mexendo muito mais do que o usual.				
	9	Pensamentos de morrer, ou de se machucar.				
		Total 1 a 9				
DMX12	1	Sou muito sensível e vulnerável a comentários e atitudes dos outros				
	2	Reajo a coisas triviais de forma mais intensa do que as outras pessoas				
	3	Sou facilmente distraído e incapaz de me concentrar em uma tarefa				
	4	Tendo a correr riscos de propósito				
	5	Meu humor muda rapidamente em pouco tempo				
	6	Eu me sinto tão tenso que não consigo relaxar				
	7	Eu me sinto mal por sentimentos desagradáveis e desconfortáveis				
	8	Tenho muitos pensamentos diferentes de coisas				



		pouco práticas passando rápido na mente				
	9	Sinto-me inquieta e incapaz de ficar parada				
	10	Eu sinto vontade de agir impulsivamente sem levar em conta consequências				
	11	Eu fico facilmente irritada sem motivo				
	12	Quando alguém discorda tenho vontade de brigar ou bater nele				
		Total 1 a 12				
GAD7	1	Me sinto nervoso/a, ansioso/a ou no limite.				
	2	Não sou capaz de parar ou de controlar a preocupação				
	3	Me preocupo muito com coisas diferentes				
	4	Tenho problemas para relaxar				
	5	Se sinto tão inquieto/a que tenho dificuldade de ficar parado/a				
	6	Fico facilmente irritado/a ou irritável				
	7	Sinto medo como se algo terrível vai acontecer				
			Total 1 a 7			

## Escala de Mania de Young <sup>17</sup>

Uma das mais frequentes escalas para avaliar sintomas de mania. Um escore acima de 20 tem valor preditivo positivo de 74.6% para episódio maníaco agudo e intenso. Versão em Português validada por Dr. José Antonio Alves Vilela.

### 1. Humor e afeto elevados

- (0) Ausência de elevação do humor ou afeto
- (1) Humor ou afeto discreta ou possivelmente aumentados, quando questionado
- (2) Relato subjetivo de elevação clara do humor; mostra-se otimista, autoconfiante, alegre; afeto apropriado ao conteúdo do pensamento
- (3) Afeto elevado ou inapropriado ao conteúdo do pensamento; jocoso
- (4) Eufórico; risos inadequados, cantando

### 2. Atividade motora - energia aumentada

- (0) Ausente
- (1) Relato subjetivo de aumento da energia ou atividade motora
- (2) Apresenta-se animado ou com gestos aumentados
- (3) Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto (mas pode ser acalmado)
- (4) Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

### 3. Interesse sexual

- (0) Normal; sem aumento
- (1) Discreta ou possivelmente aumentado
- (2) Descreve aumento subjetivo, quando questionado
- (3) Conteúdo sexual espontâneo; discurso centrado em questões sexuais; autorrelato de hipersexualidade
- (4) Relato confirmado ou observação direta de comportamento explicitamente sexualizado, pelo entrevistador ou outras pessoas

### 4. Sono

- (0) Não relata diminuição do sono
- (1) Dorme menos que a quantidade normal, cerca de 1 hora a menos do que o seu habitual
- (2) Dorme menos que a quantidade normal, mais que 1 hora a menos do que o seu habitual
- (3) Relata diminuição da necessidade de sono
- (4) Nega necessidade de sono

### 5. Irritabilidade

(0) Ausente

(1)

(2) Subjetivamente aumentada

(3)

(6) Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes (nas últimas 24 horas) de ira ou irritação na enfermaria

(5)

(6) Irritável durante a maior parte da entrevista; ríspido e lacônico o tempo todo

(7)

(8) Hostil; não cooperativo; entrevista impossível

6. Fala (velocidade e quantidade)

(0) Sem aumento

(0)

(0) Percebe-se mais falante do que o seu habitual

(3)

(4) Aumento da velocidade ou quantidade da fala em alguns momentos; verborreico, às vezes (com solicitação, consegue-se interromper a fala)

(5)

(6) Quantidade e velocidade constantemente aumentadas; dificuldade para ser interrompido (não atende a solicitações; fala junto com o entrevistador)

(7)

(8) Fala pressionada, ininterruptível, contínua (ignora a solicitação do entrevistador)

7. Linguagem

(0) Sem alterações

(1) Circunstancial; pensamentos rápidos

(2) Perde objetivos do pensamento; muda de assuntos frequentemente; pensamentos muito acelerados

(3) Fuga de ideias; tangencialidade; dificuldade para acompanhar o pensamento; ecolalia consonante

(4) Incoerência; comunicação impossível

8. Conteúdo

(0) Normal

(1)

(2) Novos interesses e planos compatíveis com a condição sociocultural do paciente, mas questionáveis

(3)

(4) Projetos especiais totalmente incompatíveis com a condição socioeconômica do paciente; hiper-religioso

- (5)
- (6) Ideias supervalorizadas
- (7)
- (8) Delírios

#### 9. Comportamento disruptivo agressivo

- (0) Ausente, cooperativo
- (1)
- (2) Sarcástico; barulhento, às vezes, desconfiado
- (3)
- (4) Ameaça o entrevistador; gritando; entrevista dificultada
- (5)
- (6) Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

#### 10. Aparência

- (0) Arrumado e vestido apropriadamente
- (1) Descuidado minimamente; adornos ou roupas minimamente inadequados ou exagerados
- (2) Precariamente asseado; despenteado moderadamente; vestido com exagero
- (3) Desgrenhado; vestido parcialmente; maquiagem extravagante
- (4) Completamente descuidado; com muitos adornos e adereços; roupas bizarras

#### 11. Insight (discernimento)

- (0) Insight presente: espontaneamente refere estar doente e concorda com a necessidade de tratamento
- (1) Insight duvidoso: com argumentação, admite possível doença e necessidade de tratamento
- (2) Insight prejudicado: espontaneamente admite alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença, ou discorda da necessidade de tratamento
- (3) Insight ausente: com argumentação, admite de forma vaga alteração comportamental, mas não a relaciona com a doença e discorda da necessidade de tratamento
- (4) Insight ausente: nega a doença, qualquer alteração comportamental e necessidade de tratamento.

#### Escala de movimentos involuntários anormais

Antes ou depois de completar o escore, os médicos devem observar o seguinte:

1. Observar a marcha no caminho para a sala.
2. Fazer o paciente jogar fora goma de mascar ou remover dentadura, caso esta esteja mal encaixada.
3. Determinar se o paciente está ciente de cada movimento.



4. Fazer o paciente se sentar em uma cadeira firme e sem braços, com as mãos sobre os joelhos, as pernas ligeiramente afastadas e os pés nivelados no chão. Nesse momento e durante todo o exame, procurar movimentos no corpo inteiro.
5. Fazer o paciente se sentar com as mãos não apoiadas, pendentes sobre os joelhos.
6. Pedir ao paciente para abrir a boca duas vezes. Procurar movimentos linguais.
7. Pedir para o paciente protrair a língua duas vezes.
8. Pedir para o paciente bater o polegar contra cada dedo da mão por 15 s em cada mão. Observar face e pernas.
9. Fazer com que o paciente fique de pé com os braços estendidos para frente.

Graduar cada um dos itens a seguir em escala de 0 a 4 com relação à maior gravidade observada:

0 = nenhuma

1 = mínima, podendo ser normal extremo

2 = leve

3 = moderada

4 = grave

Os movimentos que ocorrem somente após a ativação merecem um ponto a menos que os que ocorrem espontaneamente.

Categoria	Item	Intervalo dos escores possíveis
Movimentos faciais e orais	Músculos de expressão facial	0 1 2 3 4
	Lábios e área perioral	0 1 2 3 4
	Maxilares	0 1 2 3 4
	Língua	0 1 2 3 4
Movimentos das extremidades	Braços	0 1 2 3 4
	Pernas	0 1 2 3 4
Movimentos do tronco	Pescoço, ombros e quadris	0 1 2 3 4
Julgamento global	Gravidade dos movimentos	0 1 2 3 4
	Anormais Percepção do paciente em	0 1 2 3 4
	Consciência do paciente dos movimentos anormais(0 = não ciente; 4 = desconforto grave)	0 1 2 3 4

Adaptado de Guy W: ECDEU [Early Clinical Drug Evaluation Unit] Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville (MD), National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976. Copyright 1976 por US Department of Health, Education and Welfare.

