

NORMA TÉCNICA 24/2013

ESQUIZOFRENIA

Introdução

A esquizofrenia é um transtorno crônico caracterizado por sintomas psicóticos tais como delírios, alucinações, desorganização do pensamento além de sintomas cognitivos e afetivos tais como embotamento afetivo, apatia, isolamento social. A prevalência é estimada em 1% da população sem diferença significativa entre os sexos.

Código Internacional da Doença (CID-10)

- F20.0 - Esquizofrenia paranóide
- F20.1 - Esquizofrenia hebefrênica
- F20.2 - Esquizofrenia catatônica
- F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada
- F20.5 – Esquizofrenia residual

Medicamento

- Aripiprazol comprimido 15mg
- Aripiprazol comprimido 30mg

Critérios de Inclusão

- Ser atendido em estabelecimentos de saúde vinculados às unidades públicas ou credenciados pelo SUS;
- Residir no estado de Pernambuco;
- Diagnóstico realizado por médico especialista (Psiquiatra);
- Apresentar justificativa clínica para a opção de Aripiprazol em detrimento de outro antipsicótico atípico contemplado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (Clozapina, Quetiapina, Olanzapina, Risperidona e Ziprazidona). OU
- Ter apresentado efeitos colaterais decorrentes do uso de outros antipsicóticos; os mais frequentes, relacionados aos antipsicóticos convencionais, são discinesia tardia, parkinsonismo, distonias agudas e hiperprolactinemia e com relação aos antipsicóticos atípicos, ganho de peso, hiperlipidemias, hiperglicemia.

Critérios de Exclusão

- Reações de hipersensibilidade conhecida aos componentes do medicamento;
- Não atendimento aos critérios de inclusão acima;
- Na vigência de gestação ou período de amamentação, salvo nos casos em que o benefício para a mãe supere os riscos potenciais para a criança; Pacientes com histórico de Síndrome Neuroléptica Maligna;
- Menores de 18 anos.

Documentos a serem apresentados

1. Documentos Pessoais (Cópias)

Solicitação inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Carteira de Identidade – RG • Cadastro de Pessoa Física – CPF • Cartão Nacional de Saúde – CNS • Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência) • Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

2. Documentos Emitidos pelo Médico (Originais)

Solicitação inicial	Renovação a cada 3 (três) meses
<ul style="list-style-type: none"> • LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; • Receita Médica, com posologia mensal de tratamento (Entregar 3 receitas com posologia para cada mês); No LME, campo (anamnese), preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar. 	<ul style="list-style-type: none"> • LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; • Receita Médica, com posologia mensal de tratamento (Entregar 3 receitas com posologia para cada mês); Em qualquer mudança na terapêutica do (a) paciente, informar no campo (anamnese) no LME e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar.

3. Exames (Cópias)

Solicitação inicial	Renovação
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica em laudo médico e justificativa do tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação clínica em laudo médico e justificativa do tratamento.

Revisões

Data	Rev	Atualização	Revisores
08/2018	02	Inclusão do CID F20.5 Nos documentos emitidos pelo médico, texto melhorado para compreensão da emissão de receita	CEFT e CAFT
12/2014	01	Revisão	CEFT e CAFT
11/2013	00	Criação da Norma	CEFT e CAFT