

PROTOCOLOS CLÍNICOS**Estabelecido em:** 30/06/2009 20:30**Última revisão em:** 14/04/2011 09:00**Nome do tema:** PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA**Responsáveis-unidade:** Adelaide Duarte Ubaldino Pereira, Márcia Amaral Montezuma Dante Galileu Guedes Duarte, (HGV), Samir Melki (HGV), Eliane Mussel da Silva (HGV)**Colaboradores:** Hélio Lauar de Barros (IRS), Helian Nunes de Oliveira (IRS), João Vinicius Salgado (IRS).**Validadores:****INTRODUÇÃO / RACIONAL****Definição**

A esquizofrenia é tida como uma doença mental grave persistente, de curso variável, que atinge 1% da população geral e, em que 80 a 90% dos pacientes apresenta algum nível de prejuízo do funcionamento social, ocupacional e afetivo, apesar de responsivos ao tratamento. Em seu caráter de doença crônica, cerca de 30% dos pacientes são considerados refratários.

Tomaremos como esquizofrenia refratária a esquizofrenia resistente ao tratamento em monoterapia com dois neurolépticos de primeira geração por um período de quatro a seis semanas e posteriormente com dois neurolépticos de segunda geração pelo mesmo período, tendo sido eliminadas as hipóteses de evolução insatisfatória da doença, apesar de responsiva ao tratamento, de não-aderência ao tratamento e de intolerância medicamentosa.

(ver texto subsidiário).

OBJETIVOS

- Orientar o profissional de saúde no diagnóstico, avaliação e tratamento da esquizofrenia refratária.
- Avaliar a resolutividade da medicação padronizada.

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO**

- Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêutico;
- Psicofármacos de primeira e segunda geração (típicos e atípicos) padronizados;
- consultório médico informatizado, material médico-hospitalar usual e de escritório.

Típicos, ou Primeira Geração ou Convencionais

Clorpromazina, cloridrato	comprimido 25 mg (VO) comprimido 100 mg (VO) solução injetável 5 mg/ml ampola 5 ml (IM, IV) solução oral gotas 40 mg/ml frasco 20 ml (VO)
Haloperidol	comprimido 1 mg (VO) comprimido 5 mg (VO) solução oral gotas 2 mg/ml frasco 20 ml (VO)
Haloperidol, decanoato	solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml (IM, IV) solução injetável 50 mg de haloperidol/ml ampola 1ml (IM)
Flufenazina, enantato	solução injetável 25 mg/ml ampola 1 ml (IM, SC)
Levomepromazina, maleato	comprimido 25 mg (VO) comprimido 100 mg (VO) solução oral gotas 40 mg/ml frasco 20 ml (VO)
Periciazina	solução oral gotas 40 mg/ml frasco 20 ml (VO)
Pimozida	comprimido 4 mg (VO)
Tioridazina, cloridrato	drágea 25 mg (VO) drágea 50 mg (VO) drágea 100 mg (VO) drágea 200 mg (VO)
Trifluoperazina, dicloridrato	comprimido 5 mg (VO)

Atípicos ou Segunda Geração

Risperidona	comprimido 1 mg (VO) comprimido 2 mg (VO)
Olanzapina	comprimido 5 mg (VO) comprimido 10 mg (VO) frasco ampola / IM
Clozapina	comprimido de 25 mg (VO) comprimido de 100 mg (VO)

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**ATIVIDADES ESSENCIAIS****1. DIAGNÓSTICO DAS ESQUIZOFRENIAS****1.1 Diagnóstico clínico**

- O diagnóstico clínico deve ser baseado nos critérios de inclusão para diagnóstico nos subgrupos 1.1.1 ou, alternativamente, 1.1.2 de sinais, sintomas e/ou síndromes e considerando os critérios de exclusão em 1.1.3;
- Estes devem estar presentes pela maior parte do tempo durante um episódio de doença psicótica que dure pelo menos um mês;
- Na avaliação da presença dessas experiências subjetivas e comportamentos anormais, deve-se tomar especial cuidado para evitar uma avaliação equivocada, especialmente quando estão envolvidos modos de expressão e comportamento cultural ou subculturalmente influenciados ou um nível de inteligência abaixo do normal;
- O diagnóstico clínico deve se referenciar no CID-10 de Esquizofrenia (quadro 2).

Devem estar presentes pelo menos 1 (um) dos sintomas, sinais ou síndromes seguintes:

- eco, inserção, roubo ou irradiação do pensamento;
- delírios de controle, influência ou passividade, claramente referindo-se ao corpo ou aos movimentos dos membros ou a pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante;
- vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
- delírios persistentes de outros tipos que sejam culturalmente inapropriados e completamente impossíveis (p.ex. ser capaz de controlar o tempo ou estar em comunicação com alienígenas).

ou

1.1.1 Devem estar presentes pelo menos 2 (dois) dos sintomas, sinais ou síndromes seguintes:

- alucinações persistentes, de qualquer modalidade, quando ocorrerem todos os dias, por pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (os quais podem ser superficiais ou parciais), sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por idéias superestimadas persistentes;
- neologismos, intercepções ou interpolações no curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante;

PROTOCOLOS CLÍNICOS**Estabelecido em:** 30/06/2009 20:30**Última revisão em:** 14/04/2011 09:00**Nome do tema:** PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA

- comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada, flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor;
- sintomas “negativos”, tais como: apatia marcante, pobreza de discurso, embotamento ou incongruência de respostas emocionais (certificar que estes sintomas não sejam decorrentes de depressão ou do neuroléptico).

1.1.3 Cláusulas de exclusão mais usadas:

- Se o paciente também apresentar critérios para episódio maníaco (F.30) ou episódio depressivo (F.32), pressupõe-se que os critérios listados em 1.1.1 e/ou 1.1.2, foram satisfeitos antes que a perturbação do humor se desenvolvesse;
- O transtorno não é atribuível a transtornos mentais orgânicos (F00-F09) ou a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa (F10-F19).

Quadro 2 - Classificação CID 10

F20.0 - Esquizofrenia paranóide;
F20.1 - Esquizofrenia hebefrênica;
F20.2 - Esquizofrenia catatônica;
F20.3 - Esquizofrenia indiferenciada;
F20.4 - Depressão pós-esquizofrênica;
F20.5 - Esquizofrenia residual;
F20.6 - Esquizofrenia simples;
F20.8 - Outras esquizofrenias;
F20.9 - Esquizofrenia não especificada

1.2 Diagnóstico laboratorial

O diagnóstico é basicamente clínico. Exames laboratoriais podem ser úteis para diagnóstico diferencial dos transtornos referentes aos CIDs F 00 a F 09. Lembrar quadros clínicos com base orgânica, como sífilis, lúpus, porfíria, hipoglicemia, tireotoxicose, toxoplasmose, encefalopatia hepática, epilepsia e outros. Podem ser sintomas e sinais de alerta; sudorese, pele fria, estigmas de hepatopatia, aids. Realizar exames elementares de laboratório além de tomografias e EEG.

PROTOCOLOS CLÍNICOS**Estabelecido em:** 30/06/2009 20:30**Última revisão em:** 14/04/2011 09:00**Nome do tema:** PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA**1.3 Diagnóstico diferencial**

Para o diagnóstico diferencial com a esquizofrenia considerar os CID's com as observações abaixo:

F00 a F09 - Transtornos mentais orgânicos (demências, delirium e outros como os quadros clínicos sugeridos e os acima)

F10 a F19 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa

F21 - Transtorno esquizotípico

F22 - Transtorno delirante persistente

F25 - Transtorno esquizoafetivo

F31 - Transtorno bipolar

Uma vez firmado o diagnóstico de esquizofrenia, diferenciar refratariedade de "cronicidade" e de não-adesão ao tratamento (vide texto subsidiário), com as seguintes interrogações:

- Até que ponto a persistência da sintomatologia corresponde a uma refratariedade ao tratamento ou às particularidades do paciente? Até que ponto ele não necessita da sintomatologia para estabilizar-se psicicamente?
- Há suporte social, econômico e familiar que possibilite o acesso ao tratamento?
- Há oferta de tratamento digno, humanizado e adequado pelo serviço de saúde que lhe é próximo?
- O paciente tem sido escutado? Tem tido ajuda para elaborar suas dificuldades? Tem alguma referência?
- Teria o paciente feito uso de alguma medicação que lhe tivesse provocado efeitos adversos intoleráveis tais como: discinesia tardia; distonias graves; acatisia com risco de suicídio; síndrome neuroléptica maligna; galactorréia?
- O paciente apresenta resistência em tratar-se devido ao próprio quadro? (delírios, idéias de auto-referência, etc.)
- Ou o paciente, excluídas ou solucionadas todas essas hipóteses realmente não responde ao tratamento farmacológico?

PROTOCOLOS CLÍNICOS**Estabelecido em:** 30/06/2009 20:30**Última revisão em:** 14/04/2011 09:00**Nome do tema:** PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**2. TRATAMENTO****2.1 Farmacológico**

- É preciso que o paciente já tenha sido medicado com dois neurolépticos de primeira geração (convencionais ou típicos) em monoterapia, em momentos distintos, por um período de pelo menos 4 a 6 semanas, em doses médias recomendadas, não necessariamente enquanto internado.
- Não tendo havido resposta a essa primeira etapa, o paciente deve ser medicado com dois antipsicóticos de segunda geração (atípicos) pelo mesmo período de tempo. Na rede Fhemig são disponibilizados a risperidona, olanzapina e clozapina.
- Critérios para a utilização dos antipsicóticos atípicos
 - Pacientes que apresentam efeitos extrapiramidais importantes com o uso de antipsicóticos convencionais ou baixa resposta na redução dos sintomas positivos, negativos.

2.1.1 Risperidona

- Posologia:
 - Iniciar com 1 mg duas vezes ao dia para evitar efeito de primeira dose (bloqueio alfa-adrenérgico).
 - As doses recomendadas são de 3 a 6 mg/dia, sendo a máxima sugerida de 6 mg/dia
- Observar:
 - Se descontinuada, deve ser reiniciada conforme primeira dose.
 - Em pacientes com insuficiência renal, hepática ou debilitados, a dose máxima recomendada é de 3 mg/dia.
 - A risperidona atua como um antipsicótico atípico em doses mais baixas. Acima de 6 a 8 mg pode agir como típico.
 - Contra-indicações estabelecidas.

2.1.2 Olanzapina

- Critérios para a utilização
 - pacientes que apresentam efeitos extrapiramidais importantes com o uso de neurolépticos convencionais;
 - pacientes que tiveram síndrome neuroléptica maligna com neurolépticos convencionais;
 - não resposta ao tratamento convencional.

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA

• Posologia:

- O tratamento deverá ser iniciado com 5 mg à noite.
 - Pode-se aumentar a dose em 5 mg após pelo menos 7 dias até uma dose de 20 mg/dia.
 - Não há evidências de que doses acima de 20 mg/dia sejam mais eficazes.
- Não é necessário ajuste de dose na insuficiência renal ou hepática.

2.1.3 Clozapina

• Critérios para a utilização:

- pacientes que não responderam ao tratamento com dois neurolépticos convencionais e dois atípicos em prazos adequados (4 a 6 semanas)
- pacientes que apresentaram contra-indicação ou efeitos adversos aos outros neurolépticos.

• Efeitos colaterais:

- Devem ser particularmente lembrados a agranulocitose, que ocorre em 1% dos pacientes, convulsão e sedação.
- Controle hematológico sempre ao iniciar tratamento conforme roteiro de acompanhamento ([ANEXO I](#)).

• Posologia:

- O tratamento deverá ser iniciado com 12,5 mg à noite. Pode-se aumentar a dose em 25 mg a cada 1 a 2 dias até atingir 300-400 mg/dia.
- Após 30 dias sem melhora, aumentar 50mg a cada 3-4 dias até atingir 800 mg/dia.
- Recomenda-se administrar doses maiores à noite.

• Situações especiais de risco:

- Epilepsia: precedendo o diagnóstico de esquizofrenia, convulsões e/ou retardo mental podem ser incluídos após , obrigatoriamente, o parecer de um neurologista;
- Para os pacientes que apresentem citopenia, tanto a inclusão no protocolo quanto a continuidade do tratamento deverão ser acompanhados por hematologista.

PROTOCOLOS CLÍNICOS**Estabelecido em:** 30/06/2009 20:30**Última revisão em:** 14/04/2011 09:00**Nome do tema:** PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**2.2 Eletroconvulsoterapia (ECT)**

A indicação deverá passar necessariamente por discussão em reunião de equipe e posterior autorização da gerência assistencial mediante relatório em formulário próprio (**ANEXO II**). O procedimento será agendado e realizado no Instituto Raul Soares.

2.3 Outras terapias**Psicoterapia, orientação familiar, terapia ocupacional, cuidados de enfermagem e atenção farmacêutica:**

- Dentro das suas especificidades, e juntamente com o tratamento médico, constituem uma abordagem multidimensional e interdisciplinar que, a partir das necessidades de cada caso vão possibilitar a elaboração de um projeto terapêutico individual

Encaminhamentos/integração

- É absolutamente necessário trabalharmos junto aos serviços de referência e contrarreferência, onde o tratamento propriamente dito se desenvolverá.
- Preenchimento de formulário de encaminhamento SM03 conforme a contratualização
- Quando indicado o tratamento com atípicos, agilizar o processo de obtenção do medicamento, preenchendo os formulários da Secretaria de Saúde de Medicamentos Excepcionais.

ITENS DE CONTROLE

- 1) Percentual de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia refratária.
- 2) Percentual de pacientes com esquizofrenia refratária tratados segundo o protocolo.

SIGLAS**ECT** - Eletroconvulsoterapia**CAC** – Centro de Acolhimento de Crise**ER** - Esquizofrenia Refratária**SAS -MS** - Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

 FHEMIG <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP n°.: 030	Folha: 9/21
		PROTOCOLOS CLÍNICOS	
Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA			

BIBLIOGRAFIA	GRAU DE RECOMENDAÇÃO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1. PORTARIA SAS/MS n° 846, de 31 de outubro de 2002: Esquizofrenia refratária - protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (risperidona, clozapina, quetiapina, ziprasidona e olanzapina).	D
2. ELKIS,H.; MELTZER,Y. Esquizofrenia refratária. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.29, suppl.2. São Paulo, out 2007.	D
3. SHIRAKAWA,I.; CHAVES,A.;MARI,J. O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.	D

TEXTO SUBSIDIÁRIO

ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA

O conceito de refratariedade é discutido desde que Eugen Bleuler propôs a substituição do termo demência precoce por esquizofrenia em sua monografia “Demência precoce ou o grupo das esquizofrenias”, escrita em 1908 (Bercherie, 1989).

Em 1899 Emil Kraepelin designou e descreveu a demência precoce a partir de um critério clínico evolutivo determinado por um prognóstico de “enfraquecimento peculiar (...) com graves prejuízos do córtex cerebral, via de regra apenas parcialmente curáveis”. Seria portanto o estado demencial terminal inexorável que caracterizaria o estado mórbido, podendo inclusive ser previsto desde a sua origem (Quinet, 1999).

Ao propor a mudança do termo, Bleuler subverteu o conceito pessimista de Kraepelin, buscando um sentido para os sintomas e, portanto, introduzindo a causalidade psíquica na psiquiatria, que até então acreditava poder descobrir causas anátomo-patológicas na origem das doenças mentais.

Ele escolheu o nome esquizofrenia (mente cindida) por considerar que o distúrbio primário consistiria numa “perturbação das associações (...), dificultando a síntese mental” e provocando a “dissolução das funções psíquicas” (Bercherie, 1989). Toda a sintomatologia, portanto, seria decorrente deste distúrbio fundamental.

Bleuler tratava a esquizofrenia como “a expressão de um esforço mais ou menos infrutífero de abrir um caminho para sair de uma situação intolerável” (Bleuler, 1908).

O prognóstico era muito variável, as “curas” frequentes e ele dava grande importância à terapêutica e aos aspectos psicossocioterápicos.

No entanto, muitas vezes, cronicidade é tomada como sinônimo de refratariedade. Deve-se lembrar que a cronicidade está ligada à doença esquizofrênica em si, e mesmo aqueles casos mais graves, com menos recursos de elaboração da sintomatologia, podem ser considerados responsivos ao tratamento. O que está posto nesses casos é o limite do sujeito que necessita servir-se do sintoma para manter uma estabilização psíquica. Não se pode esperar dele um desempenho comparável ao seu nível funcional pré-mórbido ou familiar.

 FHEMIG <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP n°.: 030	Folha: 10/21
		PROCOLOS CLÍNICOS	
Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA			

Temos uma outra situação de confusão com o termo refratário, que é relativa ao paciente refratário ao tratamento – isto é, não aderente ao tratamento proposto. Existem várias causas de não adesão, como problemas sociais e familiares que dificultam ou mesmo impedem o acesso ou a permanência do paciente no tratamento, circunstâncias de precariedade dos serviços que não oferecem tratamento conveniente aos pacientes, receio por parte dos pacientes ou da família de que ocorra repetição de efeitos adversos experimentados em medicações anteriores, resistência por parte do paciente em receber tratamento por causas relativas ao próprio quadro (delírios, idéias de autoreferência).

É necessário também distinguir dos refratários os pacientes que são intolerantes ao uso de qualquer antipsicótico disponível, não podendo ser tratados com medicação desta classe.

Meltzer e colaboradores, comparando o grupo de esquizofrênicos, estabeleceram características próprias aos pacientes portadores de esquizofrenia refratária:

- Tinham idade de início da doença dois anos inferiores aos responsivos (17 e 20 anos respectivamente).
- Frequentemente eram do sexo masculino.
- Tinha um maior número de internações.
- Apresentavam crises mais frequentes.
- Tinham história de abusos de substâncias.
- Eram tratados com doses maiores de antipsicóticos, exatamente por serem refratários.

Do ponto de vista da psicopatologia, Mac Melhon utilizou escalas de avaliação (PANSS – positive and negative syndrome skale, e BRPS – brief psychiatric rating skale) em pesquisas que demonstraram que a estrutura dos fatores não foi diferente em pacientes refratários e responsivos.

Ambos apresentam sintomas positivos, negativos, agitação e podiam ser agrupados segundo quatro fatores:

- Distorção da realidade.
- Desorganização.
- Negativismo.
- Ansiedade e depressão.

Assim, considera-se atualmente que a definição de ER teria como característica essencial, a persistência de sintomas positivos de moderados a grave, bem como sintomas negativos e cognitivos, com impossibilidade de retornar ao nível de funcionamento pré mórbido com déficit multidimensionais.

Quando da introdução da Clozapina no tratamento da esquizofrenia, Kane e Meltzer estabeleceram um critério operacional, tridimensional para tratamento da esquizofrenia refratária:

- Histórico – necessidade de tratamento anterior com dois antipsicóticos, em doses e períodos adequados, com falta de resposta parcial ou total.
- Atual – baseado na gravidade dos sintomas, o paciente deve apresentar determinado nível de gravidade psicopatológica, utilizando para avaliação escalas como a CGI (Impressão Clínica Global).
- Confirmatório – onde após o tratamento com um ou mais antipsicóticos, o paciente deve apresentar melhora mínima na sintomatologia em comparação à psicopatologia prévia.

 FHEMIG <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP nº.: 030	Folha: 11/21
		Última revisão em: 14/04/2011 09:00	
Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA			

Diretrizes da American Psychiatric Association ou algoritmos como o Texas Medication Algorithm Project (TMAP) indicam o uso da Clozapina após o fracasso de **dois a três** tratamentos com antipsicóticos **atípicos**, por considerarem o paciente portador de ER.

O mais recente Schizophrenia Algorithm da International Psychopharmacology Algorithm Project (IPAP) define como refratário, o paciente que não responder a **dois** tratamentos de quatro a seis semanas de monoterapia com dois antipsicóticos de **segunda** geração, ou a **dois** tratamentos com antipsicóticos de **primeira** geração, se não dispuser de medicamentos da segunda geração. Neste caso, é candidato ao uso de Clozapina em doses de 300 a 900 mg/d (Elkis & Meltzer, 2007).

BIBLIOGRAFIA ADICIONAL RECOMENDADA:

1. BERCHERIE, P. Os fundamentos da clínica - história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
2. KRAEPELIN, E. A demência precoce. In: Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999.
3. QUINET, A. A psicopatologia da esquizofrenia: Bleuler com Freud e Lacan. In: idem.

ANEXOS

- I- ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTROLE HEMATOLÓGICO NO USO DE CLOZAPINA**
- II- LEI 10216 DE 2001**
- III - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ELETROCONVULSOTERAPIA – ECT**
- IV - FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE ELETROCONVULSOTERAPIA**
- V - RELATÓRIO DE ALTA PÓS-ECT**

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**ANEXO I****ROTEIRO DE ACOMPANHAMENTO DE CONTROLE HEMATOLÓGICO NO USO DE CLOZAPINA**

O efeito adverso mais sério é a agranulocitose, que ocorre em 1% dos pacientes tratados. Requer controle hematológico sempre que o paciente iniciar tratamento.

Solicitar hemograma e contagem de plaquetas 1 vez por semana nas primeiras 18 semanas e, após, 1 vez por mês. Em casos de pacientes já em controle mensal e que interromperam o tratamento por 3 a 7 dias, recomenda-se reiniciar o controle semanal por 6 semanas e, após, voltar ao controle mensal. Se a interrupção foi superior a 4 semanas, reiniciar todo o controle sugerido na tabela abaixo.

EXAME	ANTES	A CADA 7 DIAS DURANTE AS PRIMEIRAS 18 SEMANAS	A CADA 30 DIAS DURANTE TODO O TRATAMENTO
HEMOGRAMAS	SIM	SIM	SIM
PLAQUETAS	SIM	SIM	SIM

Interromper tratamento do paciente que apresentar efeitos adversos como: convulsões, citopenia (leucócitos totais <3.000 e/ou neutrófilos < 1.500 e/ou plaquetas < 100.000/mm³) e/ou parecer do neurologista ou hematologista indicando suspensão do tratamento.

 FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP nº.: 030	Folha: 13/21
		Última revisão em: 14/04/2011 09:00	
Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA			

ANEXO II



Hospital de Ensino Instituto Raul Soares
Protocolo de Eletroconvulsoterapia (PROTOCOLO-ECT) (Lauar, 2008)

A- Informações preliminares

A Lei 10216 de 2001 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. E para tanto:

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Nestes termos não proíbe nem restringe a indicação ou o uso de Eletroconvulsoterapia (ECT) como procedimento terapêutico mas fornece direcionamentos éticos para sua aplicação.

B- Disposição Geral

1- A indicação de ECT deve atender a critérios eminentemente clínicos, demonstráveis, com adequada formulação diagnóstica (CID 10), previsão de riscos psiquiátricos e clínicos e anestésicos, consentimento informado para procedimento invasivo, prescrição clara do procedimento, acompanhamento anestésico durante e após a realização do mesmo, e avaliação de resultados psiquiátricos.

C- Protocolo de Prescrição da ECT

1- Identificação do paciente, discussão coletiva da indicação e informações necessárias

Nome do Paciente:				
Idade:		Prontuário IRS		
Endereço:				
Responsável legal:				
Psiquiatra responsável: CRMMG				
Indicação em equipe:	sim		não	
Consentimento informado	assinado		Não assinado	Motivo

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA

2- Descrição Psiquiátrica

Diagnóstico principal (CID10)		especificar	
Tempo médico do transtorno		Especificar	
Diagnóstico secundário ou co-mórbido (CID 10)		Especificar	
Tempo médio dos transtornos		Especificar	
Tratamentos já utilizados	Sim	Não	Especificar tratamento farmacológico atual e anteriores (TODOS)
Psicoterapia			
Atendimento de família			
Terapia ocupacional			
Serviços Comunitários			
Reabilitação cognitiva			
Programas de monitoração da adesão terapêutica			
Farmacologia – monoterapia			
Farmacologia – polifarmácia			
Farmacologia – méd. de depósito			
Motivo da indicação de ECT			
<p>A) transtorno depressivo grave , B) pouca resposta/impossibilidade de uso da medicação, inanição, risco de suicídio iminente, C) catatonia grave, D) transtorno mental grave associado à gestação, E) histórico de SNM, F) discinesia precoce, G) transtorno bipolar (episódio de mania/depressão prolongados ou refratários), H) esquizofrenia (catatonia, psicose grave/refratária), I) Parkinson J) outra (descrever)</p>			
Contra indicações (não são absolutas)			
<p>A) condição cardiovascular instável ou grave, recente infarto agudo do miocárdio, B) angina, ICC descompensada, estenose aórtica, valvulopatia C) aneurisma ou mau formação vascular com risco de ruptura por aumento da PA, D) aumento da pressão intra craniana que podem ocorrer com tumores cerebrais ou outras lesões cerebrais expansivas, E) infarto cerebral recente, F) condições pulmonares tais como doença pulmonar obstrutiva cônica, grave, asma, ou pneumonia, G) paciente com ASA (American Society of Anesthesiologists) de nível 4 ou 5, H) Condições substancialmente altas de risco para ECT incluem: Feocromocitoma, Descolamento de retina, Glaucoma de anglo agudo I) outra (descrever)</p>			

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA

3- Descrição da Clínica Médica

Diagnóstico principal (CID10)		especificar	
Tempo médico do transtorno		Especificar	
Diagnóstico secundário ou co-mórbido (CID 10)		especificar	
Tempo médio dos transtornos		Especificar	
Tratamentos já utilizados	Sim	Não	Especificar tratamento farmacológico atual e anteriores (TODOS)
Psicoterapia			
Atendimento de família			
Terapia ocupacional			
Serviços Comunitários			
Reabilitação cognitiva			
Programas de monitoração da adesão terapêutica			
Farmacologia – monoterapia			
Farmacologia – polifarmácia			
Farmacologia – méd. de depósito			
Motivo da indicação de ECT			
<p>A) transtorno depressivo grave , B) pouca resposta/impossibilidade de uso da medicação, inanição, risco de suicídio iminente, C) catatonia grave, D) transtorno mental grave associado à gestação, E) histórico de SNM, F) discinesia precoce, G) transtorno bipolar (episódio de mania/depressão prolongados ou refratários), H) esquizofrenia (catatonia, psicose grave/refratária), I) Parkinson J) outra (descrever)</p>			
Contra indicações (não são absolutas)			
<p>A) condição cardiovascular instável ou grave, recente infarto agudo do miocárdio, B) angina, ICC descompensada, estenose aórtica, valvulopatia C) aneurisma ou mau formação vascular com risco de ruptura por aumento da PA, D) aumento da pressão intra craniana que podem ocorrer com tumores cerebrais ou outras lesões cerebrais expansivas, E) infarto cerebral recente, F) condições pulmonares tais como doença pulmonar obstrutiva cônica, grave, asma, ou pneumonia, G) paciente com ASA (American Society of Anesthesiologists) de nível 4 ou 5, H) Condições substancialmente altas de risco para ECT incluem: Feocromocitoma, Descolamento de retina, Glaucoma de anglo agudo I) outra (descrever)</p>			

 FHEMIG <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP n°.: 030	Folha: 16/21
		PROTOCOLOS CLÍNICOS	
Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA			

4- Fatores de risco clínico para ECT

Classificação do estado físico: ASA	especificar				
Fatores de Risco	especificar				
Liberação clínica para ECT	Sim		Restrições Vide risco		Não
Médico Responsável / CRMMG	especificar				
Belo Horizonte/...../.....				

5- Prescrição da ECT pelo Psiquiatra responsável

Descrever numero de sessões, frequência, modo de aplicação e especificação de voltagem

Datas do tratamento: (+ Bil/Uni)

1. _____ 9. _____
2. _____ 10. _____
3. _____ 11. _____
4. _____ 12. _____
5. _____ 13. _____
6. _____ 14. _____
7. _____ 15. _____
8. _____ Total Unilateral _____ Total Bilateral _____

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA**6.1- Eventos farmacológicos adversos**

7- Resultados da ECT

	Remissão total de sintomas
	Remissão parcial de sintomas
	Sem remissão de sintomas
	ECT não finalizado por surgimento de complicações Especificar:
	ECT não finalizado por recusa do paciente e ou familiares Especificar:
	Há evidente comprometimento de memória de fixação
	Há queixa subjetiva de comprometimento de memória de fixação
	Há evidente comprometimento de memória lacunar referente ao tempo da aplicação
	Há queixa subjetiva de comprometimento de memória lacunar referente ao tempo da aplicação
	Há queixas de dores musculares referidas ao tempo imediato da aplicação
	Há queixas de cefaléia referidas ao tempo imediato da aplicação
	Há fratura evidente decorrente da aplicação. Especificar:
	Há lesão dentaria, mucosa ou língua decorrente da aplicação Especificar:

Nome do Psiquiatra e do Anestesista que monitorarão efeitos do ECT

 FHEMIG <small>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</small>	Procedimento Operacional Padrão (POP)	POP n°.: 030	Folha: 19/21
		PROTOCOLOS CLÍNICOS	
Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA			

ANEXO III

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ELETROCONVULSOTERAPIA – ECT

Eletroconvulsoterapia está sendo proposta para o paciente acima. Existem outras alternativas de tratamento mas após considerações clínicas (natureza da doença, experiências anteriores, benefícios da técnica, etc) a ECT foi a indicada pelo psiquiatra assistente.

ECT envolve uma série de sessões numa sala equipada e assistida por pessoal treinado. O tratamento é usualmente realizado pela manhã, com o paciente em jejum absoluto. Na sala de ECT medicamentos são injetados por via venosa o que faz o paciente dormir e em seguida relaxa a sua musculatura. Após isso uma corrente elétrica controlada passa entre dois eletrodos colocados na cabeça do paciente o que provoca efeitos semelhantes aos de uma convulsão. Não há experiência de dor ou desconforto . Alguns minutos depois o paciente acorda e pode retornar andando ao seu leito.

Em geral são realizados de quatro a doze sessões , duas a três vezes por semana. A definição do numero e da frequência em cada caso particular de pende da decisão clínica do psiquiatra assistente.

Como todo procedimento médico a ECT apresenta riscos. Após cada sessão podem surgir confusão e desorientação mental, dores de cabeça e musculares e náuseas. São efeitos transitórios e melhoram com medicação comum. Efeitos persistentes e complicações mais sérias são raras, com destaque para irregularidades no ritmo e frequência cardíaca e alterações da memória.

Para reduzir os riscos e tornar a pratica mais segura uma cuidadosa avaliação clinica é realizada antes de se iniciar o tratamento.

Há evidencias que a ECT é eficaz nas depressões graves, na esquizofrenia catatônica e outras situações clínicas. No entanto nem todos os pacientes respondem igualmente bem, alguns requerem tratamentos mais prolongados e em alguns casos não há melhora.

Após estes esclarecimentos, é solicitado o consentimento informado do paciente ou seu representante legal, para a realização de uma serie de ECT. Esta autorização é dada voluntariamente, pode ser revogada a qualquer tempo e tem fins médicos e legais.

Consinto em me submeter à eletroconvulsoterapia sob narcose, ciente dos riscos inerentes ao procedimento.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

Consinto em que o paciente _____

Seja submetido a eletroconvulsoterapia sob narcose, suprimindo a sua incapacidade transitória,, ciente dos riscos inerentes aos procedimentos.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / _____

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRATÁRIA**ANEXO IV
FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE
ELETROCONVULSOTERAPIA****De acordo com a lei 12684 de 1º de dezembro de 1997 – Emenda da Lei 11802:**

A equipe médica abaixo assinado, após avaliação do caso clínico do paciente _____,
nº de Prontuário _____, concordou com a indicação de eletroconvulsoterapia.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 200__

Médicos:

Diretoria Clínica:

PROTOCOLOS CLÍNICOS

Estabelecido em: 30/06/2009 20:30

Última revisão em: 14/04/2011 09:00

Nome do tema: PROTOCOLO DE ESQUIZOFRENIA REFRACTÁRIA

ANEXO V
RELATÓRIO DE ALTA PÓS-ECT
s(fornecer para o paciente ou responsável)

RELATÓRIO DE ALTA PÓS-ECT (fornecer para o paciente ou responsável)

NOME DO PACIENTE: _____

Data: _____

Descrição do procedimento:

Orientações:
