



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

PCDT / CID 10: F 25.0 / F 25.1 / F 25.2

1. Medicamentos

Risperidona comprimidos de 1, 2 e 3 mg;
Quetiapina comprimidos de 25, 100, 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.

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- 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.

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, tratamentos prévios e tempo de tratamento, doenças concomitantes e se há histórico de dependência ou abstinência relacionada a álcool, drogas ou fármacos psicoativos;
Para pacientes com indicação de tratamento por refratariedade a outros tratamentos, informar os tratamentos prévios e tempo de tratamento, além da evolução da escala BPRS, ademais informar as medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril);
- Escala BPRS-A e folha de resposta** preenchida.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico, em caso de mudança de terapêutica;
- Escala BPRS-A e folha de resposta** preenchida;

2.3. Exames

Solicitação inicial

- Colesterol total e frações (HDL e LDL);
- Triglicerídeos;
- Glicemia de Jejum;
- Hemograma com plaquetas;
- TGO e TGP
- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias);
- Cópia do exame de dosagem de Potássio sérico;
- Cópia do exame de dosagem de Sódio sérico;

Renovação a cada 1 (um) ano

- Colesterol total e frações;
- Triglicerídeos;
- Glicemia de jejum;
- TGO e TGP
- Hemograma;

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

3. Observações:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- A resposta à solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Médico ou farmacêutico;

- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS Portaria nº 07, de 14 de Maio de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Transtorno Esquizoafetivo;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.

HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO

07:30 h às 16:30 h

Segunda à sexta

(fechado no último dia útil do mês)

CENTRAL TELEFÔNICA

3315-6109 e 3315-6110

PORTAL SESAU/LINK CEAF

[https://www.saude.al.gov.br/component
e-especializado-da-assistencia-
farmaceutica/](https://www.saude.al.gov.br/component-e-especializado-da-assistencia-farmaceutica/)

(todas as letras devem ser minúsculas)



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
CLOZAPINA, OLANZAPINA, QUETIAPINA, RISPERIDONA E ZIPRASIDONA.

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona**, que são indicados para o tratamento do **Transtorno Esquizoafetivo**.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas 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/mm³). São necessários controles periódicos com hemogramas semanais nas primeiras 18 semanas e mensal após.

- 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, náusea, 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, náusea, 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, náusea, vômitos, enjoo, visão turva, aumento de peso, alteração das células do sangue (agranulocitose, eosinofilia, granulocitopenia, leucopenia, trombocitopenia).

- 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 necessários.

- Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) deve(m) ser utilizado(s) somente 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 se desistir de usar o(s) medicamento(s).

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

() Sim () Não



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



O meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- Clozapina
- Olanzapina
- Quetiapina
- Risperidona
- Ziprasidona

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:		CRM:	UF:
_____ Assinatura e carimbo do médico		_____ Data	

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Transtorno Esquizoafetivo

Paciente: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Tempo de diagnóstico: _____
CNS: _____ Peso: _____ Altura: _____
Sexo: () F () M

Paciente diagnosticado com Transtorno Esquizoafetivo? () Sim () Não

a) Medidas antropométricas

Idade: _____

Peso: _____

Altura: _____

Circunferência do quadril: _____

Circunferência abdominal: _____

Data do exame: ___/___/___

b) Avaliação arterial

Pressão arterial: _____ Data do exame: ___/___/___

Pressão arterial: _____ Data do exame: ___/___/___

Pressão arterial: _____ Data do exame: ___/___/___

Características clínicas e evolução da doença: _____

Informar se o(a) paciente apresenta:

() Doença cardiovascular ou cerebrovascular;

() Neoplasias;

() Diabetes mellitus de difícil controle ou descompensada;

() Hepatopatia;

() Citopenia;

() Insuficiência renal;

() Doença da tireóide;

() Dislipidemia;

() Hiperprolactinemia;

() Glaucoma;

() Catarata;

() Doença de parkinson;

() Doença de alzheimer;

() Gravidez ou situação potencial de gravidez ou lactação;

() Hipertensão arterial sistêmica;

() Dependência ou abuso de drogas psicoativas;

() Depressão;

() Antecedente de tentativa de suicídio;

() Não concordância com o Termo de Consentimento Informado.

Escala BPRD. Resultado: _____

Para uso de clozapina:



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



Paciente tem histórico de Epilepsia ou Retardo Mental?

() Não () Sim (incluir obrigatoriamente relatório de neurologista)

Paciente tem um responsável legal? () Sim () Não

Paciente possui outras doenças diagnosticadas? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

O paciente possui alguma complicação clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

Paciente está em início de tratamento? () Sim () Não

O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? (detalhar recidivas ou resistência a tratamentos anteriores e efeitos colaterais):

Dose: _____

Tempo: _____

O paciente faz uso de outros medicamentos?

Se sim, Qual? _____

MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S): (dose e quantidade).

Atenção: não é possível associação de antipsicóticos.

Outros dados clínicos relevantes:

O diagnóstico de entrada é compatível com Transtorno Esquizoafetivo CID 10: _____
necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o
Protocolo Padronizado de Medicamentos para Transtorno Esquizoafetivo necessitando fazer
uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/____

**ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSQUIÁTRICA – BPRS
ANCORADA COM SUGESTÕES DE PERGUNTAS**

Versão Ancorada - BPRS-A (Worner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996) mais entrevista Clínica Estruturada

Paciente:		Número:	Data:
Entrevistador:			Fase:
<p>Instruções: A escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Metade destes (itens 3, 4, 7, 13, 14, 16, 17 e 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): <i>Qual seu nome completo? E a 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)?</i></p>			
1	RELATO DO PACIENTE	<p>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 simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão ou preocupação sobre problemas físicos (reais ou imaginários).</p>	
Pergunta-guia		<i>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?</i>	
		0 Não relatado.	
		1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.	
		2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada, ou frequentemente fica levemente apreensivo.	
		3 Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.	
		4 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.	
		5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.	
		6 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo	
2	RELATO DO PACIENTE	<p>ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir do relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito à preocupação somática.</p>	
Pergunta-guia		<i>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?)</i>	
		0 Não relatado.	
		1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.	
		2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.	
		3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.	
		4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso.	
		5 Grave: sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.	
3	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>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 do 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.	
		1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.	
		2 Leve: Como acima porém mais frequente.	
		3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.	
		4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece	

		moderadamente engajado na entrevista.
	5	Grave: Como acima, porém mais persistente ou disseminado.
	6	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).
4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento(p.ex.: Associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). Não incluir mera circunstancialmente ou fala maníaca, mesmo que acentuada. Não pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (p.ex. “Meus pensamentos estão voando”; “Não consigo manter o pensamento”; “Meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Levemente vago, todavia, de significação clínica duvidosa.
	2	Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.
	3	Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes; uso infrequente de neologismos; ou associações moderadamente frouxas.
	4	Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.
	5	Grave: Desordem formal de pensamento presente durante a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.
	6	Muito grave: Muita pouca informação coerente pode ser obtida.
5	RELATO DO PACIENTE	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.
	Pergunta-guia	<i>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?)</i>
	0	Não relatado.
	1	Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.
	2	Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado; ou frequentemente se sente levemente culpado.
	3	Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado; ou frequentemente se sente moderadamente culpado.
	4	Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado.
	5	Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.
	6	Muito grave: 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 ex.: discinesia tardia).
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Ocasionalmente agitado.
	2	Leve: Frequentemente agitado.
	3	Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente. Torce as mãos e puxa a roupa.
	4	Moderadamente grave: Agita-se constantemente. Torce as mãos e puxa a roupa.
	5	Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.
	6	Muito grave: Anda de maneira frenética
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidades de movimento; não pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, durante e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábios infrequentes).
	2	Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro, (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para o outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente).
	3	Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, à vezes põe a língua para fora, balança o corpo.
	4	Moderadamente grave: Adota e mantém posição de ioga durante toda a entrevista, movimentos incomuns em várias áreas do corpo.
	5	Grave: Como acima, porém mais frequente intenso ou disseminado.
	6	Muito grave: Postura bizarra durante maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.

8	RELATO DO PACIENTE	<p>IDÉIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimentos, importância ou identidade. Não pontuar mera quantidade grandiosa das 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 ele afirme que outros digam que ele possui essas qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>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?</i></p>
	0	Não relatado.
	1	Muito leve: É mais confiante que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.
	2	Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.
	3	Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de Grandeza.
	4	Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encapsulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).
	5	Grave: Um único e claro delírio/sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.
	6	Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.
9	RELATO DO PACIENTE	<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	<p><i>Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)</i></p>
	0	Não relatado.
	1	Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.
	2	Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido; ou frequentemente se sente levemente deprimido.
	3	Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido; ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.
	4	Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito deprimido
	5	Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.
	6	Muito grave: Sente-se muito deprimido quase o tempo todo.
10	RELATO DO PACIENTE	<p>HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdenho por outras pessoas fora da situação de entrevistas. Pontuar somente a partir de relato verbal e atos do paciente em relação aos outros. Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>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?)</i></p>
	0	Não relatado.
	1	Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.
	2	Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva; ou ocasionalmente sente raiva moderada.
	3	Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva; ou frequentemente sente raiva moderada.
	4	Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.
	5	Grave: Atuou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.
	6	Muito grave: Atuou sua raiva em várias ocasiões.
11	RELATO DO PACIENTE	<p>DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que os outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar desconfianças atuais quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>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?)</i></p>
	0	Não relatado.



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



1	Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.
---	--

	2	Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.
	3	Moderado: Desconfiança mais frequente; ou ideias de referência passageiras.
	4	Moderadamente grave: Desconfiança disseminada; ou ideias de referência frequentes.
	5	Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo: um delírio encapsulado).
	6	Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente, intenso.
12	RELATO DO PACIENTE	COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas experiências que ocorreram na última semana. NÃO pontuar “vozes na minha cabeça”, ou “visões na minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.
	Pergunta-guia	<i>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?)</i>
	0	Não relatado.
	1	Muito leve: Apenas suspeita de alucinação.
	2	Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.
	3	Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo: frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).
	4	Moderadamente grave: As alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.
	5	Grave: Como acima e exerceu impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo: dificuldades de concentração que levam a um comprometimento do trabalho).
	6	Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo.: tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).
13	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	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 das impressões subjetivas do paciente sobre o seu próprio nível de energia.
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Significação clínica duvidosa.
	2	Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.
	3	Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.
	4	Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.
	5	Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.
	6	Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.
14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com o entrevistador. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação da entrevista. Não pontuar a partir do relato do ressentimento e recusa à cooperação fora da situação de entrevista.
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Não parece motivado.
	2	Leve: Parece evasivo em certos assuntos.
	3	Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.
	4	Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.
	5	Grave: Recusa-se a responder algumas questões.
	6	Muito grave: Recusa-se a responder a maior parte das questões
15	RELATO DO PACIENTE	ALTERAÇÃO DO 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	<i>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?</i>
	0	Não relatado.
	1	Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.
	2	Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).
	3	Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o

		comportamento.
	4	Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.
	5	Grave: Delírios têm efeito significativo: por exemplo, negligencia responsabilidade por causa de preocupações com a crença de que é Deus.
	6	Muito grave: Delírios têm impacto marcante; por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada.
16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizado por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO, no qual o foco está no comportamento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau de consistência do comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.
	2	Leve: Expressão facial levemente diminuída, ou voz levemente monótona, ou gestualidade levemente limitada.
	3	Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.
	4	Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas de três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).
	5	Grave: Profundo achatamento de afeto.
	6	Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.
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	Não observado.
	1	Muito leve: Significação clínica duvidosa.
	2	Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.
	3	Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.
	4	Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, ou às vezes enfurecido ou eufórico.
	5	Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.
	6	Muito Grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser encerrada prematuramente.
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.
	0	Não observado.
	1	Muito leve: Parece um pouco confuso.
	2	Leve: Indica 2003 quando é, na verdade, 2004.
	3	Moderado: Indica 1992.
	4	Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.
	5	Grave: Não faz ideia de onde está.
	6	Muito Grave: Não sabe quem é.

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA/BPRS - FOLHA DE RESPOSTAS

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

DATA _ / _ / _	Escore														
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															

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data _ / _ / _

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável _____

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

Limpar todos
os campos



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____ e do
Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____ **AUTORIZO**
Nº CNS
_____, portador do documento de identidade
Nome completo do representante
nº _____ emitido pela _____, domiciliado no endereço
Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município
Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu
Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência
Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
nº _____ emitido pela _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE
Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida,
Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão,
nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar
todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do representante

* Para cadastro do representante, deverá ser apresentada a cópia do documento de identidade do representante.