

MINISTÉRIO DA SAÚDE

TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS

Nº 07, DE 14 DE MAIO DE 2021



DIAGNÓSTICO

O diagnóstico depende de uma avaliação clínica criteriosa que busque identificar um equilíbrio aproximado entre o número, a gravidade e a duração dos sintomas. Preconiza-se que a história clínica seja obtida de mais de uma fonte e deve ser complementada com documentos prévios de atendimentos médicos. A CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) e o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) apresentam divergências nos critérios para o transtorno esquizoafetivo, impactando sua definição.

O diagnóstico é clínico e baseado nos critérios operacionais da CID-10. Esse formato de classificação descreve **critérios gerais** (nomeados com a letra G e numerados de 1 a 4):

- G1 - a presença de sintomas de humor.
- G2 - a presença de sintomas de psicose.
- G3 - a simultaneidade desses sintomas.
- G4 - a exclusão de outras condições semelhantes.

Os critérios do DSM-5 podem ser considerados na avaliação para maior precisão diagnóstica.

Consulte as diferenças do CID-10 e DSM-5 no item 1 Introdução do PCDT Transtorno Esquizoafetivo da PT nº 07, de 14/05/21.

Diretrizes Operacionais da CID-10 para o diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo

Passos para o diagnóstico:

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

- G1: O transtorno deve atender aos 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 (F25.0, F25.1 e F25.2). **Veja o quadro abaixo.**
- G2: Os sintomas de pelo menos um dos grupos listados devem estar claramente presentes durante a maior parte do tempo por um período de pelo menos duas semanas. Esses grupos incluem eco de pensamento, delírios de controle, vozes alucinatórias, delírios persistentes, fala incoerente, uso de neologismos e comportamento catatônico.
- G3: Os critérios G1 e G2 devem ser satisfeitos dentro do mesmo episódio do transtorno e simultaneamente durante pelo menos algum tempo desse episódio. Os sintomas de ambos os critérios devem ser proeminentes no quadro clínico.
- G4: Os critérios de exclusão mais utilizados consideram que o transtorno não é atribuível a doença cerebral orgânica, intoxicação, dependência ou abstinência relacionada a álcool ou outras 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.

CID-10	Critérios básicos	Tempo mínimo	Critérios adicionais
F25.0 Esquizoafetivo Maníaco	(a) Elevado/expansível/ Irritável e claramente anormal	7 dias	Pelo menos 3 dos abaixo (4 se humor irritável): (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 inflagrandiosidade; (h) distratibilidade/mudança rápida de planos; (i) comportamento temerário/imprudente; (j) energia sexual marcante/indisciplina sexual.
F25.1 Esquizoafetivo Depressivo	Pelo menos 2 de (a), (b), (c): (a) humor deprimido anormal; (b) perda de interesse/prazer; (c) energia diminuída	14 dias	Pelo menos 1 ou mais de: (d) perda de confiança ou autoestima; (e) sentimentos irracionais de autoreprovação/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 dias	Passado com pelo menos 1 de (a), (b), (c): (a) episódio afetivo maníaco; (b) hipomaníaco; (c) misto.

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).

CID 10

F25.0 Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco

F25.1 Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo

F25.2 Transtorno esquizoafetivo do tipo misto

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos nesse Protocolo os pacientes que preencherem os critérios para o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo descritos no item **Diagnóstico**. Diagnóstico, acima, e com a adesão ao serviço de atendimento psiquiátrico ambulatorial ou de internação indicado. No caso de paciente com grave prejuízo funcional e perda da autonomia, que exija tratamento em regime de internação, é necessária a presença de um familiar ou responsável legal. No caso de paciente cronicamente isolado, é requerida a presença de um familiar ou funcionário da instituição disponível e capaz de controlar fatores estressores do ambiente de forma contínua.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos do tratamento medicamentoso os pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo que apresentarem intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao respectivo fármaco preconizado neste Protocolo, 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.



TRATAMENTO

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Existem evidências favoráveis do efeito de diferentes modalidades de terapia sobre o curso do transtorno esquizoafetivo e do transtorno esquizofrênico, como por exemplo, as terapias cognitivas, físicas, psicológicas, educacionais e de estimulação cognitiva. Higiene do sono.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os ensaios clínicos de tratamento medicamentoso agrupam pacientes com esquizofrenia e com transtorno esquizoafetivo e chegaram ao consenso de que a eficácia de todos os antipsicóticos é semelhante na maior parte dos pacientes, com exceção da clozapina. Sendo assim, os antipsicóticos podem ser utilizados sem ordem de preferência no tratamento do transtorno esquizoafetivo em pacientes que preencham os critérios de inclusão do PCDT.

Inexiste superioridade do uso de combinações de antipsicóticos versus monoterapia, apenas diferenças na tolerância. O tratamento, portanto, deve ser feito com antipsicótico, considerando o perfil de segurança e a tolerabilidade do fármaco e as características individuais do paciente.

A clozapina é considerada superior para pacientes não responsivos a outros antipsicóticos e sua indicação permanece para esses casos.

Fármaco	Esquemas de administração preconizados
Biperideno: comprimidos de 2 e 4 mg	Poderá ser utilizado na dose de 1 a 16 mg, divididos em 1 a 4 administrações ao dia, dependendo da intensidade dos sintomas. Aprovado para uso adulto e pediátrico acima de três anos.
Clorpromazina: comprimidos de 25 e 100 mg; solução oral de 40 mg/mL	Iniciar com doses pequenas, entre 50 e 100 mg por via oral (VO), 2 a 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 e 800 mg, sendo 1 g a dose máxima preconizada. Após 2 a 5 dias alcança equilíbrio de concentração no sangue. Aprovado para uso adulto e pediátrico acima de dois anos.
Clozapina: comprimidos de 25 e 100 mg	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 a 400 mg/dia, conforme resposta e tolerância. Após 30 dias sem melhora, pode-se aumentar 50 mg a cada 3 a 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. Aprovado para uso adulto
Decanoato de haloperidol: solução injetável 50 mg/mL	A dose indicada é de 150-200 mg/mês, para a maioria dos casos, aplicada por via intramuscular 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 e 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. Aprovado para uso adulto.
Haloperidol: comprimidos de 1 e 5 mg; solução oral 2 mg/mL	Iniciar com doses fracionadas de 0,5 a 2 mg VO, 2 a 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. Aprovado para uso adulto.
Olanzapina: comprimidos de 5 e 10 mg.	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. Aprovado para uso adulto.
Propranolol: comprimidos de 10 e 40 mg	Poderá ser utilizado na dose de 40 a 160 mg em 2 a 3 vezes por dia. Aprovado para uso adulto e pediátrico.
Quetiapina: comprimidos de 25, 100 e 200 e 300 mg.	Iniciar com 25 mg, 2 vezes ao dia VO. Aumentar a dose em 25 a 50 mg por dia nos primeiros 4 dias, com o objetivo de alcançar 300 a 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 a 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 e 800 mg/dia. Aprovado para uso adulto.
Risperidona: comprimidos de 1, 2 e 3 mg.	Iniciar com 1 mg, 2 vezes ao dia por 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 preconizadas de manutenção são de 3-6 mg/dia. Se o uso for suspenso, a administração deve ser reiniciada conforme a primeira dose. Em pacientes com insuficiência renal ou hepática, a dose máxima preconizada é de 3 mg/dia. A administração simultânea com alimentos não interfere na biodisponibilidade do medicamento. Aprovado para uso adulto e pediátrico acima de 5 anos.
Ziprasidona : cápsulas de 40 e 80 mg.	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. Aprovado para uso adulto.

CASOS ESPECIAIS

O tratamento medicamentoso em **gestantes** envolve avaliação do risco de agravamento do transtorno e dos efeitos adversos de fármacos para o feto. Antipsicóticos como haloperidol, risperidona e olanzapina são recomendados. O diagnóstico em **crianças e adolescentes** é complexo, exigindo encaminhamento para serviços especializados. **Idosos** necessitam de avaliação individualizada devido a comorbidades e risco de interações medicamentosas. Para **pacientes com risco de suicídio**, a abordagem segue as diretrizes do Protocolo de Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Melhora do quadro clínico em seus aspectos psicopatológicos como sintomas psicóticos, afetivos, cognitivos e a restauração da funcionalidade do indivíduo. A melhora pode ser avaliada por meio de entrevista que fornece informações para o preenchimento de escalas clínicas e de avaliação de humor.

Ver as escalas clínicas no Apêndice 1 do PCDT Transtorno Esquizoafetivo da PT nº 07, de 14/05/21.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SCTIE/SAES/MS nº 07, de 14 de maio de 2021 e pode ser acessada em https://www.gov.br/conitec/pt-br/midiás/protocolos/20210601_portaria-conjunta_pcdt-transtorno-esquizoafetivo-1.pdf



MONITORAMENTO

Para cada um dos medicamentos deste Protocolo, devem ser observadas as contra-indicações relativas e absolutas, considerando a relação entre o risco e o benefício de seu uso. Diante de efeitos adversos ou complicações do transtorno propriamente dito, o tratamento deverá ser interrompido ou modificado. Uma conduta conservadora do tratamento é a introdução lenta do medicamento, com o aumento progressivo até a dose-alvo, que não será, necessariamente, a dose máxima. Essa estratégia pode efetivamente reduzir efeitos adversos no início do tratamento, porém pode também retardar a obtenção de reposta terapêutica. De um modo geral, os pacientes que não melhoram após seis 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 Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS-A), também devem ter seu tratamento interrompido ou modificado.

Para informações mais detalhadas e sobre cada medicamento consulte o item 8 Monitoramento do PCDT Transtorno Esquizoafetivo da PT nº 07, de 14/05/21.

DISQUE
SAÚDE
136



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal