



Fluxo de Acesso

**Transtorno Esquizoafetivo**

PORTARIA CONJUNTA Nº 07, DE 14 DE MAIO DE 2021.

**MEDICAMENTOS**

- CLOZAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)
- CLOZAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
- OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)
- OLANZAPINA 5 MG (POR COMPRIMIDO)
- OLANZAPINA 10 MG (POR COMPRIMIDO)
- QUETIAPINA 100 MG (POR COMPRIMIDO)
- QUETIAPINA 200 MG (POR COMPRIMIDO)
- QUETIAPINA 25 MG (POR COMPRIMIDO)
- QUETIAPINA 300 MG (POR COMPRIMIDO)
- RISPERIDONA 1 MG (POR COMPRIMIDO)
- RISPERIDONA 3 MG (POR COMPRIMIDO)
- ZIPRASIDONA 40 MG (POR CAPSULA)
- ZIPRASIDONA 80 MG (POR CAPSULA)

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência;
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida (deve ser renovada SEMESTRALMENTE junto com o LME);
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Relatório médico com CID-10, descrevendo o quadro da doença e informando:
  1. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Transtorno Esquizoafetivo.

**EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO**

- Laudo médico descrevendo o quadro da doença, de acordo com a CID10
- Escala BPRS-A preenchida, assinada e carimbada pelo médico do paciente.
- Medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril)
- Medidas de pressão arterial em três datas diferentes.
- Colesterol total e frações
- Triglicerídios
- Glicemia de jejum
- Hemograma



### EXAMES DE MONITORAMENTO

#### **Para todos os medicamentos**

- Escala BPRS-A preenchida. **Periodicidade:** a cada 3 meses
- Medidas antropométricas e de pressão arterial. **Periodicidade:** 3, 6 e 12 meses
- Colesterol total e frações, triglicerídios e glicemia de jejum. **Periodicidade:** no primeiro ano em 3 e 12 meses, após anualmente
- Prolactina sérica. **Periodicidade:** em casos de sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais

#### **Para clozapina, também:**

- Hemograma completo. **Periodicidade:** em intervalos semanais e a cada aumento de dose nas primeiras 18 semanas, após mensalmente.

### UNIDADES DE REFERÊNCIA

**HEML-** Hospital Especializado Mario Leal

**End:** Rua Conde de Porto Alegre, 11 – Iapi, Salvador – BA, CEP 40330-201

**Tel: da Farmácia:** 3117-0141/0142

**Horário:** 7h às 16h

**E-mail:** [hmleal.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:hmleal.farmacia@saude.ba.gov.br)

**HML -** Hospital Juliano Moreira

**End:** Av. Edgard Santos, S/n – Narandiba, Salvador – BA, 41205-022

**Tel: da Farmácia:** 3103-3934

**Horário:** 8h às 11h

**E-mail:** [hjm.farmacia@saude.ba.gov.br](mailto:hjm.farmacia@saude.ba.gov.br)

#### **Interior**

Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)

### 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

**Atenção:** Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>



---

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Diretoria de Assistência Farmacêutica  
Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada

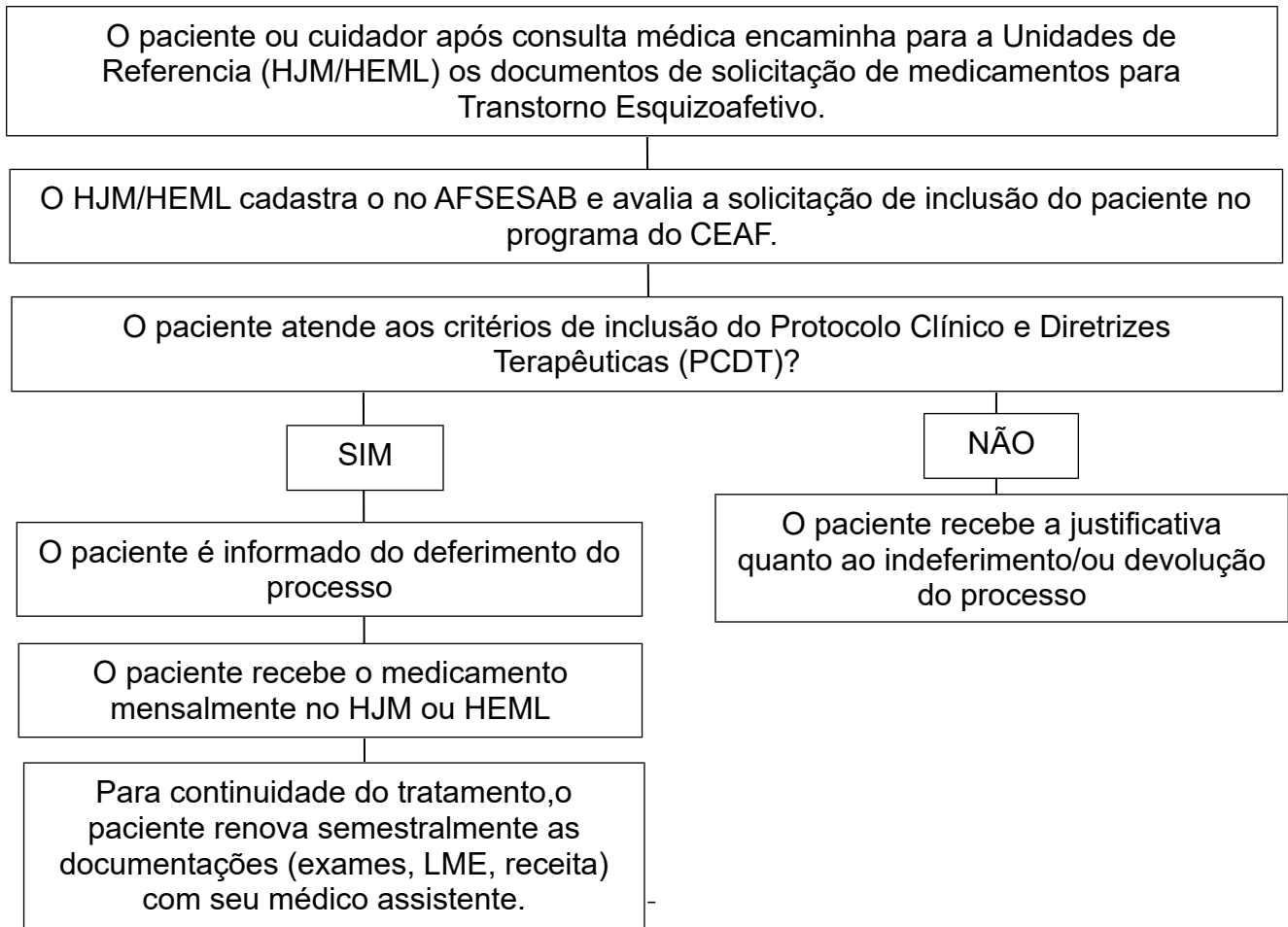
---

### **OBSERVAÇÕES**

- O atendimento dos pacientes deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Rede de Atenção à Saúde Mental.
- Devem também ser observadas as condições de boa adesão e possibilidade de acompanhamento continuado do paciente e de seu familiar (ou responsável legal).



## DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





## **FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NUCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

