



**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;(em nome do paciente ou responsável pelo paciente)
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);
- Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado. ([LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018](#);PORTARIA 344, de 1998;RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011 e outros)
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.
- Relatório médico com CID-10, 1. Descrever a história clínica do paciente, informando o quadro da doença.  
2. Ausência de critério de exclusão para uso do medicamento, conforme PCDT de Transtorno Esquizoafetivo.  
**Escala BPRS-A preenchida, assinada e carimbada pelo médico do paciente. ( [Clique Aqui](#) )**
- **Formulário de Medidas Antropométricas; preenchido, assinado, carimbado pelo profissional de saúde responsável pelo preenchimento. ( [clique Aqui](#) )**



### 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 (validade 3 meses)
- Triglicerídios (validade 3 meses)
- Glicemia de jejum (validade 3 meses)
- Hemograma (validade 3 meses)

### 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

#### **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

#### **Interior**

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



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

**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

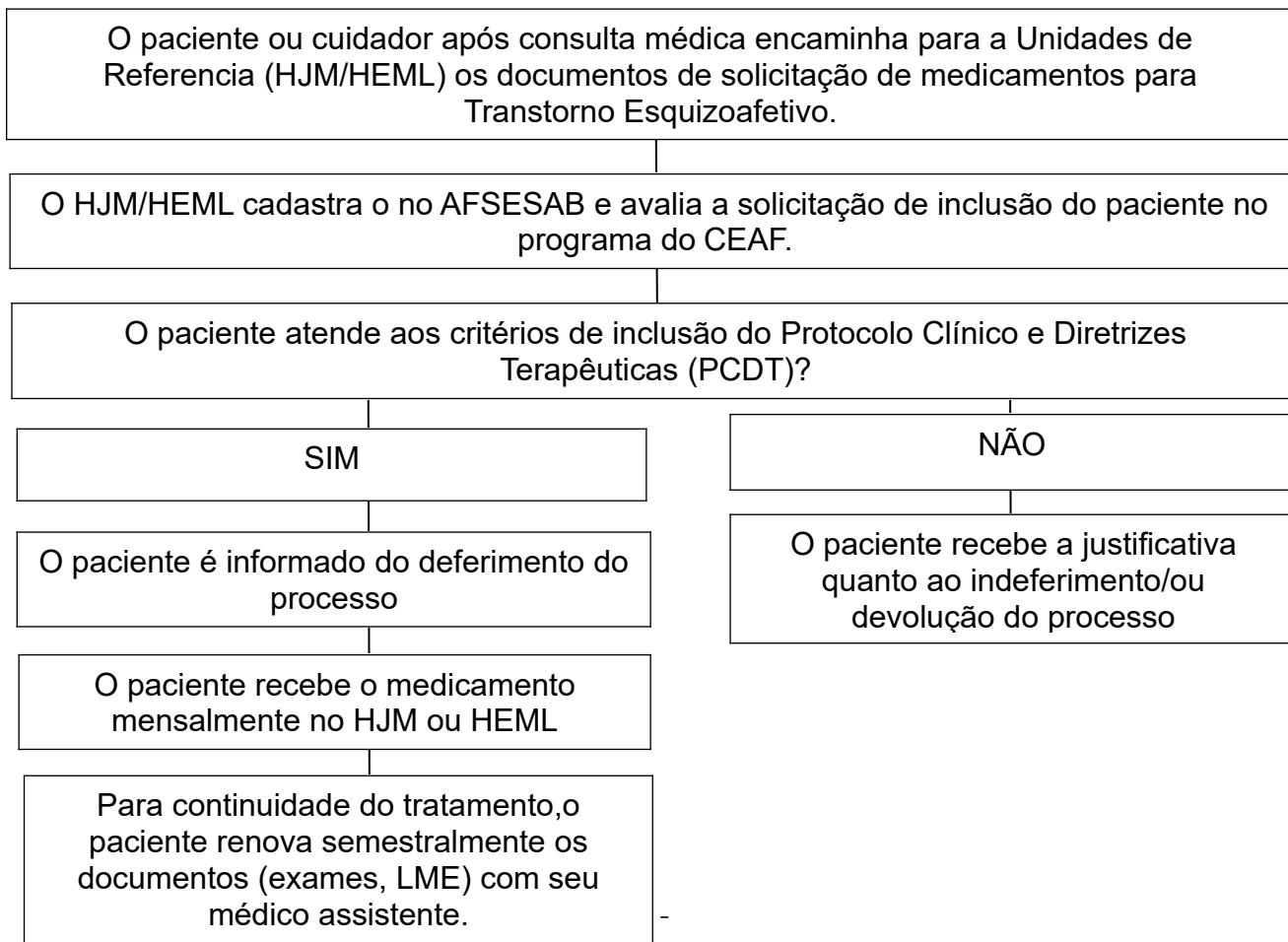
**Atenção:** Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>

**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 NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

O paciente ou cuidador após consulta médica encaminha para o NRS/BRS os documentos de solicitação de medicamentos para Transtorno Esquizoafetivo.

O farmacêutico do NRS/BRS cadastra no AFSESAB e avalia a solicitação de inclusão do paciente no CEAF.

O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?

**SIM**

O paciente é informado do deferimento do processo

O paciente recebe o medicamento mensalmente na BRS/NRS

Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME) com seu médico assistente.

**NÃO**

O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo