



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

Uso do Decanoato de Zuclopentixol em pacientes com transtornos psicóticos ou retardo mental com agitação psicomotora

Área(s): DISSAM

Portaria SES-DF Nº 31 de 16.01.2019 , publicada no DODF Nº 17 de 24.01.2019 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Busca realizada entre 01 e 22 de setembro de 2017 nas bases de dados PUBMED, COCHRANE e BIREME.

A base de metanálises COCHRANE identificou 6 artigos a respeito deste fármaco. Na base BIREME nenhum artigo com as palavras pesquisadas zuclopentixol, zuclopenthixol, decanoato ou depot foi encontrado.

Também foram consultados livros de referência no assunto.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Zuclopenthixol; zuclopentixol; depot; decanoate; decanoato.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram encontrados 22 artigos relevantes, publicados no período de 1999 a 2017.

2- Introdução

A elaboração e implantação de protocolos clínicos é uma ferramenta que visa a qualificar a atenção à saúde em todos os níveis, além de permitir melhor acesso, controle e otimização dos recursos disponíveis.

Considerando a padronização do decanoato de zuclopentixol pela Secretaria de Saúde do DF, disponibiliza-se mais uma alternativa terapêutica a pacientes com quadros psicóticos. Com o presente protocolo, o padrão de prescrição poderá ser uniformizado e direcionado aos pacientes que terão melhor benefício, a partir da sua ampla divulgação.

Atualmente, vigoram no DF os seguintes Protocolos clínicos relacionados a transtornos mentais, sendo os três primeiros do Ministério da Saúde, e os demais da Secretaria de Estado de Saúde do DF: Esquizofrenia, Transtorno bipolar do humor, Transtorno esquizoafetivo, Risperidona para agressividade em pacientes com transtornos do espectro do autismo, Citalopram e mirtazapina para depressão em idosos e Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade.

Portanto, o presente Protocolo amplia as alternativas terapêuticas para os pacientes que já são atendidos na rede e apresentam diagnóstico de esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, ou ainda com retardo mental com agitação psicomotora.

Quanto aos antipsicóticos fornecidos na rede pública de saúde do DF, existem diversas formulações: haloperidol, clorpromazina, tioridazina, levomepromazina, além dos que estão na relação de medicamentos excepcionais: risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina. Entretanto, para uso injetável de ação prolongada, apenas o decanoato de haloperidol estava disponível.

O decanoato de zuclopentixol vem somar mais uma opção terapêutica injetável de ação prolongada. Tem ação mais tranquilizadora especialmente nas primeiras semanas de uso quando comparado ao haloperidol decanoato. Este perfil pode ser útil para pacientes mais agitados ou agressivos, mas não impede o retorno da pessoa às atividades habituais durante o tratamento.

3- Justificativa

Alguns estudos já mostraram que medicações injetáveis de ação prolongada levam a melhor adesão ao tratamento e possivelmente menos surtos, e prejuízo funcional geral².

O decanoato de zuclopentixol é relativamente barato e acessível, de fácil manejo clínico, e tem eficácia comparável à dos demais antipsicóticos com exceção da clozapina.

Cordiner *et al* pesquisaram, no Reino Unido, a eficácia clínica com seguimento de 18 meses de pacientes que iniciaram uso dos seguintes antipsicóticos injetáveis: palmitato de paliperidona, risperidona de ação prolongada e decanoato de zuclopentixol. Os desfechos estudados foram: taxa de abandono, internação hospitalar e escala de impressão clínica global. A paliperidona teve o pior desempenho entre os três, com as maiores taxas de

descontinuação do tratamento por qualquer causa, ineficácia e risco de hospitalização. Teve também a menor proporção de melhora clínica significativa³

Emsler *et al*⁴ conduziram uma revisão da literatura sobre uso de antipsicóticos injetáveis de ação prolongada na esquizofrenia precoce. Descobriram que estas medicações podem ser usadas nesta situação clínica com segurança e eficácia.

Uma metanálise comparou o decanoato de zuclopentixol com outros antipsicóticos de ação prolongada para tratamento da esquizofrenia e outros transtornos mentais graves com sintomas psicóticos, e encontrou que os pacientes que utilizaram zuclopentixol tiveram menor tendência a recaídas, apesar da possibilidade de mais efeitos adversos.⁵

Um estudo com adultos com retardo mental e comportamento agressivo demonstrou benefício do zuclopentixol em reduzir este comportamento ao longo de 2 anos de tratamento⁶.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

F20 – Esquizofrenia

F21 – Transtorno esquizotípico

F22 – Transtorno delirante persistente

F24 – Transtorno delirante induzido

F25 – Transtorno esquizoafetivo

F28 – Outros transtornos psicóticos não orgânicos

F29 – Psicose não orgânica não especificada

F70.1 – Retardo mental leve, com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

F71.1 – Retardo mental moderado, com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

F72.1 – Retardo mental grave, com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

F73.1 – Retardo mental profundo, com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

F78.1 – Outro retardo mental, com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

F79.1 – Retardo mental não especificado, com comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento.⁷

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

Os critérios diagnósticos utilizados para enquadramento no presente Protocolo são da CID 10 – Classificação Internacional de Doenças⁷.

F20 ESQUIZOFRENIA

G1: Pelo menos um dos sintomas e sinais das síndromes listados abaixo no item (1) ou pelo menos dois dos sintomas e sinais listados no item (2) devem estar presentes durante a maior parte do tempo de um episódio de doença psicótica, durando pelo menos um mês (ou pelo menos algum tempo durante grande parte do dia).

Pelo menos um dos seguintes:

- a) Eco de pensamento, inserção ou bloqueio de pensamento ou irradiação de pensamento;
- b) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionados a movimentos do corpo ou membros ou pensamentos, ações ou sensações específicos; percepção delirante.
- c) Vozes alucinatórias fazendo um comentário contínuo sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si ou outros tipos de vozes alucinatórias vindas de alguma parte do corpo.
- d) Delírios persistentes de outros tipos, culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade religiosa ou política, poderes e habilidades sobre-humanos (ex., ser capaz de controlar o tempo ou entrar em comunicação com seres alienígenas).

(2) Ou pelo menos dois dos seguintes:

- e) Alucinações persistentes em qualquer modalidade, que ocorram cotidianamente durante pelo menos um mês, quando acompanhadas por delírios (que podem ser fugazes ou meio formados) sem conteúdo afetivo claro ou quando acompanhadas por ideias supervalorizadas persistentes.
- f) Neologismos, quebras ou interpolação no curso do pensamento, resultando em incoerência ou fala irrelevante.
- g) Comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cêrea, negativismo, mutismo e estupor.
- h) Sintomas "negativos" como apatia marcante, escassez de fala e embotamento ou incongruência de respostas emocionais (deve estar claro que estas não são devidas a depressão ou medicação neuroléptica).

G2: Critérios de exclusão mais comumente usados: Se o paciente também preenche critérios para episódio maníaco (F30) ou episódio depressivo (F32), os critérios listados sob G1.1 e G1.2 acima devem ser preenchidos antes do desenvolvimento do distúrbio de humor.

G3: O distúrbio não deve ser atribuído a doença cerebral orgânica ou a álcool ou intoxicação relacionada a drogas, dependência ou abstenção.

F21 DISTÚRBIO ESQUIZOTÍPICO

O indivíduo deve ter manifestado ao longo de um período de pelo menos dois anos, pelo menos quatro dos seguintes, de modo contínuo ou repetido:

- (1) Afeto inapropriado ou restrito, o indivíduo parece frio e indiferente;
- (2) Comportamento ou aparência estranhos, excêntricos ou peculiares;
- (3) Relacionamento pobre com outros e uma tendência ao retraimento social;
- (4) Crenças estranhas ou pensamento mágico influenciando o comportamento e inconsistente com normas subculturais;
- (5) Suspeita ou ideias paranoias;
- (6) Ruminações sem resistência interna, muitas vezes com conteúdo dismorfofóbico, sexual ou agressivo;
- (7) Experiências perceptivas incomuns, incluindo ilusões somato sensoriais (corporais) ou outras, despersonalização ou fuga de realidade;
- (8) Pensamento vago, circunstancial, metafórico, super elaborado ou muitas vezes estereotipado, manifesto por fala estranha ou de outros modos, sem incoerência grosseira;
- (9) Episódios ocasionais transitórios quase psicóticos com ilusões intensas, alucinações auditivas ou outras e ideias semelhantes a delírios, geralmente ocorrendo sem provocação externa.

B. O indivíduo jamais deve ter preenchido os critérios para qualquer distúrbio em F20 (Esquizofrenia).

F22 DISTÚRBIOS DELIRANTES PERSISTENTES

A. A presença de um delírio ou de um conjunto de delírios relacionados a outros além dos listados como tipicamente esquizofrênicos sob F20G1.1b ou d (ou seja, delírios que são completamente impossíveis ou culturalmente inapropriados). Os exemplos mais comuns são delírios persecutórios, megalomaníacos, hipocondríacos, de ciúme ou eróticos.

B. O(s) delírio(s) em A deve estar presente durante pelo menos três meses.

C. Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0 - F20.3) não são preenchidos.

D. Alucinações persistentes em qualquer modalidade não devem estar presente (porém alucinações auditivas transitórias ou ocasionais que não estejam na terceira pessoa ou fazendo um comentário corrido podem estar presentes).

E. Se sintomas afetivos se encontram presentes durante uma parte do episódio, os delírios devem persistir sem mudanças em relação ao conteúdo, na ausência de sintomas de humor.

F. Critérios de exclusão mais comumente usados: Não deve haver nenhuma evidência de doença cerebral primária ou secundária conforme listado sob F0 ou um distúrbio psicótico devido a uso de substância psicoativa.

Especificação para possíveis subtipos: Os tipos seguintes podem ser especificados, caso se deseje: tipo persecutório; tipo litigioso; tipo auto-referencial; tipo megalomaniaco; tipo hipocondríaco (somático); tipo ciumento; tipo erotomaniaco.

F25 DISTÚRBIOS ESQUIZOAFETIVOS

Nota: Este diagnóstico depende de um "equilíbrio" aproximado entre o número, severidade e duração dos sintomas esquizofrênicos e afetivos; quando um equilíbrio aproximado for mantido, este diagnóstico poderá ser estabelecido em mais de um grau de severidade, caso necessário.

G1. O distúrbio satisfaz os critérios de um dos distúrbios afetivos de grau moderado ou severo, conforme especificado para cada subtipo.

G2. Os sintomas de pelo menos um dos grupos de sintomas listados abaixo estão claramente presentes durante a maior parte do tempo durante um período de pelo menos duas semanas (estes grupos e os da esquizofrenia são quase os mesmos (F20.0-F20.3):

(1) Eco de pensamento, inserção ou retração de pensamento, irradiação de pensamento (F20 G1 .1a)

(2) Delírios de controle, influência ou passividade, claramente relacionadas a movimento de corpo ou membros ou pensamentos, ações ou sensações específicas (F20 G1.1b)

(3) Vozes alucinatórias fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo entre si; ou outros tipos de vozes alucinatórias advindas de alguma parte do corpo (F20 G1.1c)

(4) Delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, porém não meramente megalomaniacos ou persecutórios (F20 G1.1d). Ex., visitou outros mundos; pode controlar as nuvens inspirando e expirando; pode comunicar-se com animais ou plantas sem falar, etc.

(5) Fala totalmente irrelevante ou incoerente ou uso frequente de neologismos (uma forma marcada de F20 G1.2f)

(6) O surgimento intermitente, porém frequente, de algumas formas de comportamento catatônico, tais como postura inadequada, flexibilidade cêrea e negativismo (F20 G12.2g)

G3. Critérios G1 e G2 devem ser satisfeitos dentro do mesmo episódio do distúrbio e simultaneamente durante pelo menos algum tempo do episódio. Sintomas tanto dos critérios G1 como G2 devem ser proeminentes no quadro clínico.

G4. Critérios de exclusão mais comumente usados: o distúrbio não é atribuível à doença cerebral orgânica (F0) ou à intoxicação relacionada à substância psicoativa, dependência ou abstenção (F1).

F28 OUTROS DISTÚRBIOS PSICÓTICOS NÃO ORGÂNICOS

Distúrbios psicóticos que não satisfazem os critérios para esquizofrenia (F20.-) ou para tipos psicóticos de distúrbios de humor (afetivos) (F30-F39) e distúrbios psicóticos que não satisfazem os critérios sintomáticos para distúrbio delirante persistente (F22.-) deveriam ser codificados aqui (tais como distúrbio alucinatório persistente). Incluídas aqui também estão combinações de sintomas não cobertas pelas categorias anteriores em F20, tais como delírios diferentes dos listados como esquizofrenicotípicos em F20 G1.1b ou d (ou seja, outras além de completamente impossíveis ou culturalmente inapropriadas) aliadas à catatonia.

F29 PSICOSE NÃO ORGÂNICA NÃO ESPECIFICADA

F70 a F79 - RETARDO MENTAL

Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. O retardo mental pode acompanhar um outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente.

O quarto caractere (.1) deve indicar a extensão do comprometimento comportamental.

F70.- RETARDO MENTAL LEVE

Amplitude aproximada do QI entre 50 e 69 (em adultos, idade mental de 9 a menos de 12 anos). Provavelmente devem ocorrer dificuldades de aprendizado na escola. Muitos adultos serão capazes de trabalhar e de manter relacionamento social satisfatório e de contribuir para a sociedade.

F71.- RETARDO MENTAL MODERADO

Amplitude aproximada do QI entre 35 e 49 (em adultos, idade mental de 6 a menos de 9 anos). Provavelmente devem ocorrer atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas a maioria dos pacientes aprendem a desempenhar algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais e adquirir habilidades adequadas de comunicação e acadêmicas. Os adultos necessitarão de assistência em grau variado para viver e trabalhar na comunidade.

F72.- RETARDO MENTAL GRAVE

Amplitude aproximada de QI entre 20 e 40 (em adultos, idade mental de 3 a menos de 6 anos). Provavelmente deve ocorrer a necessidade de assistência contínua.

F73.- RETARDO MENTAL PROFUNDO

QI abaixo de 20 (em adultos, idade mental abaixo de 3 anos). Devem ocorrer limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade.

F78.- OUTRO RETARDO MENTAL

F79.- RETARDO MENTAL NÃO ESPECIFICADO

6- Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste Protocolo:

1 - Pacientes com mais de 18 anos de idade, que preencham os critérios diagnósticos para transtornos psicóticos com mais de um mês de duração, e que tenham feito uso prévio de pelo menos um antipsicótico típico por via oral, por no mínimo 4 semanas, sem relato de sintomas extrapiramidais importantes.

Ou ainda:

2 – Pacientes com mais de 18 anos de idade, com retardo mental que apresentem agitação psicomotora e tenham feito uso de pelo menos um antipsicótico típico por via oral por pelo menos 4 semanas sem relato de sintomas extrapiramidais importantes.

7- Critérios de Exclusão

Serão excluídos deste Protocolo os pacientes que apresentem:

- a) Antecedente de Síndrome Neuroléptica Maligna;
- b) Intoxicações agudas por álcool, barbitúricos ou opiáceos;
- c) Psicose alcoólica ou tóxica;
- d) Dependência ou abuso atual de substâncias psicoativas;
- e) Epilepsia;
- f) Estados comatosos;
- g) No período de gravidez e lactação;
- h) Hipersensibilidade ao Zuclopentixol ou outros componentes da fórmula;
- i) Glaucoma;
- j) Hiperplasia prostática benigna sintomática ou tumor de próstata;
- k) Insuficiência hepática grave;
- l) Discrasias sanguíneas;
- m) Feocromocitoma;
- n) Diagnóstico de F23 – Transtorno psicótico agudo e transitório.
- o) Impossibilidade de adesão ao tratamento e de acompanhamento contínuo.

8- Conduta

Os fluxos de acesso aos serviços são os mesmos já existentes para toda a rede de saúde mental do Distrito Federal.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica. Trata-se de protocolo específico para tratamento medicamentoso de situações clínicas já estabelecidas.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

As medidas não farmacológicas para tratamento dos transtornos em questão são intervenções psicológicas, sociais, educacionais, de atividade física, cognitiva e de reabilitação já preconizadas no tratamento dos pacientes com transtornos psicóticos ou retardo mental.

Porém, este protocolo enfoca o acréscimo do decanoato de zuclopentixol ao arsenal farmacológico disponível para o tratamento dos transtornos psicóticos.

8.3 Tratamento Farmacológico

O decanoato de zuclopentixol injetável (Clopixol Depot 200mg/ml) é um antipsicótico da classe dos tioxantenos. É antagonista dopaminérgico D1 e D2, e em menor grau, de D4. Também bloqueia os receptores 5-HT_{2e} alfa-1-adrenérgicos, H1, colinérgicos e alfa-2-adrenérgicos em menor intensidade⁸.

Por isso, além da ação antipsicótica, tem efeito também tranquilizante especialmente nas primeiras semanas de uso. É classificado no grupo dos antipsicóticos de baixa potência.

Conforme o Protocolo clínico de diretrizes terapêuticas para esquizofrenia, o tratamento farmacológico dos transtornos psicóticos deve ser feito preferencialmente em monoterapia de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente. Em caso de falha terapêutica, que é definida como o uso de qualquer dos antipsicóticos por pelo menos seis semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (*British Psychiatric Rating Scale- BPRS*), uma segunda tentativa com outro antipsicótico deverá ser feita².

Quanto ao decanoato de zuclopentixol, é indicado que o paciente utilize uma formulação oral de antipsicótico típico antes da sua prescrição, para que seja identificada sensibilidade a efeitos adversos e instituído o manejo adequado se necessário.

8.3.1 Fármaco(s)

Decanoato de Zuclopentixol 200mg/ml – ampola de 1ml de solução injetável.

8.3.2 Esquema de Administração

As doses preconizadas variam de 200 a 400mg a cada 2 a 4 semanas, via intramuscular. A concentração plasmática é alcançada em 3 a 7 dias, e a meia-vida é de 19 dias⁸.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tratamento deve ser mantido por prazo indeterminado, já que se tratam de transtornos crônicos, incuráveis, mas passíveis de controle.

Terá indicação de interrupção o paciente que, após 6 meses de uso contínuo da medicação, não apresentar melhora clínica significativa (medida pela melhora na pontuação da escala BPRS).

Deverá interromper o tratamento com decanoato de zuclopentixol também o paciente que apresentar sinais de síndrome neuroléptica maligna, ou efeitos extrapiramidais importantes, como a distonia.

A síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma complicação rara, porém potencialmente fatal, do uso de antipsicóticos. Caso haja surgimento dos sinais sugestivos, devem-se instituir imediatamente medidas de suporte geral, avaliação clínica e laboratorial, e tratamento sintomático. Os critérios para síndrome neuroléptica maligna são: hipertermia, sintomas extrapiramidais graves e disfunção autonômica. Podem ocorrer ainda alteração do nível de consciência, leucocitose e aumento intenso do nível de creatinoquinase sérica⁹.

O conjunto dos seguintes sintomas pode indicar superdosagem: sonolência, coma, sintomas extrapiramidais, convulsões, hipotensão, choque, hipo ou hipertermia.

Sintomas como impregnação ou distonia podem ser tratados com biperideno, e para acatisia deve-se utilizar propranolol. Entretanto, caso os sintomas sejam intensos ou não responsivos ao tratamento, deve-se considerar a prescrição de um antipsicótico atípico, conforme protocolo específico do Ministério da Saúde².

Também se deve suspender o medicamento caso ocorram reações alérgicas.

Pacientes com doenças hepáticas devem ser monitorados. O zuclopentixol pode também aumentar o risco de convulsões em pacientes susceptíveis.

9- Benefícios Esperados

A melhora clínica é definida como uma diminuição de pelo menos 30% nos escores da escala BPRS-A².

10- Monitorização

Antes do início do tratamento, uma completa avaliação clínica deve incluir e documentar: idade, medidas antropométricas (peso, altura, circunferência abdominal e do quadril), três medidas de pressão arterial e pulso em datas diferentes e dosagens de colesterol total e frações, triglicerídeos e glicemia de jejum. Deve-se registrar também a história familiar ou prévia de síndrome neuroléptica maligna, distonia/discinesia, tentativa ou risco de suicídio, obesidade, hipertensão arterial, diabetes melitus ou outras comorbidades clínicas, podendo, em tais casos, se indicado, ser iniciado tratamento específico com monitoramento. Estas orientações são as mesmas para todos os pacientes com indicação de uso de antipsicóticos².

É importante documentar também distúrbios de movimentos anteriores ou após início do uso do decanoato de zuclopentixol.

A possibilidade de interações medicamentosas ou com outras substâncias também deve ser analisada. O zuclopentixol pode aumentar o efeito sedativo do álcool, dos

barbitúricos e de outros depressores do sistema nervoso central. O uso concomitante de neurolépticos com lítio aumenta o risco de neurotoxicidade. O zuclopentixol pode reduzir o efeito da levodopa e o efeito de outras drogas adrenérgicas. O uso concomitante de metoclopramida e piperazina aumenta o risco de alterações extrapiramidais. O uso com drogas que inibem a CYP2D6 pode reduzir a depuração do zuclopentixol.

Deve-se evitar a administração concomitante com fármacos que aumentem o intervalo QT: Classe Ia e III de antiarrítmicos (ex.: quinidina, amiodarona, sotalol, dofetilide); alguns antipsicóticos (ex.: tioridazina); alguns macrolídeos (ex.: eritromicina); alguns anti-histamínicos (ex.: terfenadina, astemizol); alguns antibióticos da classe das quinolonas (ex.: gatifloxacina, moxifloxacina).

Evitar a prescrição simultânea de outros medicamentos que reduzam o limiar convulsivo.

Para o tratamento dos efeitos extrapiramidais, o biperideno poderá ser utilizado na dose diária de 1 a 16mg. A dose pode ser dividida em uma a quatro administração(ões)/dia, dependendo da intensidade dos sintomas. O propranolol também poderá ser utilizado para tratamento de acatisia, na dose de 40-160 mg em duas a três administrações ao dia².

A dosagem do nível sérico de prolactina deverá ser solicitada sempre que houver sinais e sintomas sugestivos de alterações hormonais, como diminuição da libido, alterações menstruais, impotência, ginecomastia e galactorreia.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

O tratamento dos transtornos psicóticos não tem prazo determinado, devendo o paciente, após estabilização do quadro, ser reavaliado pelo menos a cada três meses, ocasião em que o médico assistente avaliará a efetividade, a necessidade de ajustes e a segurança do tratamento¹⁰.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

É obrigatória a informação ao paciente ou a seu responsável legal dos benefícios, potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento preconizado neste Protocolo.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

O atendimento dos pacientes deve seguir critérios, normas e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do DF para a Rede de Atenção à Saúde Mental.

Devem ser observados os critérios de inclusão e exclusão de pacientes neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como a verificação periódica das

doses prescritas e dispensadas e a adequação de uso do medicamento. Devem também ser observadas as condições de boa adesão e possibilidade de acompanhamento continuado do paciente e de seu familiar (ou responsável legal).

O Protocolo será implantado imediatamente a partir da sua publicação.

14- Referências Bibliográficas

- 1 – JONES, A; JONES, M. **Reviewing depot injection efficacy in the treatment of schizophrenia.** Nursing Standard. V.30, n.33, p50-59. 2016.
- 2 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: esquizofrenia.** Portaria SAS/MS nº364 de 9 de abril de 2013.
- 3 - CORDINER, M; SHAJAHAN, P; MCAVOY, S; BASHIR, M; TAYLOR, M. **Effectiveness of long-acting antipsychotics in clinical practice:** A retrospective, 18-month follow up and comparison between paliperidone palmitate, risperidone long-acting injection and zuclophentixoldecanoate. TherAdvPsychopharmacol. Vol. 6(1) 22–32, 2016.
- 4 –COUTINHO, E. S. F; FENTON, M. QURAIISHI, S.N. **Zuclophentixol decanoate for schizophrenia and other serious mental illnesses.** Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3, 1999.
- 5 - EMSLER, R; CHILIZA, B; ASMAL, L; MASHILE. M; FUSAR-POLI, P. **Long-acting injectable antipsychotics in early psychosis: a literature review.** Early Intervention in Psychiatry 7: 247–254. 2013.
- 6 - HÄSSLER, F; GLASER, T; REIS, O. **Effects of zuclophentixol on aggressive disruptive behavior in adults with mental retardation - a 2-year follow-up on a withdrawal study.** Pharmacopsychiatry. 44(7):339-43.Nov 2011.
- 7 – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Classificação Internacional de doenças e agravos à saúde – 10ª edição, 1990.**
- 8 - CORDIOLI, A.V. **Psicofármacos:** consulta rápida. Artmed Editora. Porto Alegre, 2011. p394-396.
- 9 - SCHATZBERG, A.F; DEBATTISTA, C. Manual de psicofarmacologia clínica. 8ª edição. Porto Alegre, Artmed, 2017.
- 10 - CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – **Parecer nº 12/06 –** Orientação aos médicos quanto à prescrição de medicamentos de uso contínuo. Brasília, 2006.

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS Ancorada com sugestão de perguntas

Versão Ancorada - BPRS-A (Woerner, 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. Os itens assinalados com OBSERVAÇÃO (3, 4, 7, 13, 14, 16, 17, 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:</p> <p>Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação):</p> <p><i>Qual seu nome completo? E 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 o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).</p>
Pergunta-guia		<p><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></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.</p> <p>5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.</p> <p>6 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.</p>

2	RELATO DO PACIENTE	ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente. Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.
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>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.</p> <p>2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso</p> <p>5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.</p>
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 de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz.</p> <p>Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.</p> <p>2 Leve: Como acima, porém mais frequente.</p> <p>3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.</p> <p>4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais persistente e disseminado. 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.)</p>

4	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>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: Como acima, porém mais frequente. 5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil. 6 Muito grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.</p>
5	RELATO DO PACIENTE	<p>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.</p>
	Pergunta-guia	<p><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></p>
		<p>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: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.</p>
6	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>TENSÃO: Avaliar inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).</p>

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Fica ocasionalmente agitado.</p> <p>2 Leve: Fica frequentemente agitado.</p> <p>3 Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>4 Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa.</p> <p>5 Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.</p> <p>6 Muito grave: Anda de maneira frenética.</p>
7	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. Pontuar apenas anormalidade de movimento. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infrequentes).</p> <p>2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente).</p> <p>3 Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>5 Grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.</p> <p>6 Muito grave: Postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.</p>
8	RELATO DO PACIENTE	<p>IDEIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. NÃO pontuar mera qualidade grandiosa de 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 afirme que outros digam que ele possui tais 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>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: É mais confiante do que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.</p> <p>2 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.</p> <p>3 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.</p> <p>4 Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).</p> <p>5 Grave: Um único e claro delírio / sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.</p>
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>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido. 2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido ou frequentemente se sente levemente deprimido.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito deprimido.</p> <p>5 Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.</p> <p>6 Muito grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.</p>
10	RELATO DO PACIENTE	<p>HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos 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>

		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.</p> <p>2 Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva ou ocasionalmente sente raiva moderada.</p> <p>3 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva ou frequentemente sente raiva moderada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.</p> <p>5 Grave: Expressou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.</p> <p>6 Muito grave: Expressou sua raiva em várias ocasiões.</p>
11	RELATO DO PACIENTE	<p>DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação ao paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. Pontuar a partir da 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>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.</p> <p>2 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.</p> <p>3 Moderado: Desconfiança mais frequente ou ideias de referência passageiras.</p> <p>4 Moderadamente grave: Desconfiança disseminada ou ideias de referência frequentes.</p> <p>5 Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo, um delírio encapsulado).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente ou intenso.</p>
12	RELATO DO PACIENTE	<p>COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. Pontuar apenas as experiências que ocorreram na última semana. NÃO pontuar “vozes na minha cabeça” ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.</p>

	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>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.</p> <p>2 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo, frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).</p> <p>4 Moderadamente grave: Alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.</p> <p>5 Grave: Como acima e exercem impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo, dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).</p> <p>6 Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo, tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).</p>
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 de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.</p> <p>3 Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.</p> <p>4 Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.</p> <p>5 Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.</p> <p>6 Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.</p>
14	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista. NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Não parece motivado.</p> <p>2 Leve: Parece evasivo em certos assuntos.</p> <p>3 Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.</p> <p>Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.</p> <p>Grave: Recusa-se a responder a algumas questões.</p> <p>5 Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.</p> <p>6</p>
15	RELATO DO PACIENTE	<p>ALTERAÇÃO DE 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.</p>
	Pergunta-guia	<p><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></p>
		<p>0 Não relatado.</p> <p>1 Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.</p> <p>2 Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).</p> <p>3 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.</p> <p>4 Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.</p> <p>5 Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus).</p> <p>6 Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).</p>
16	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por <i>deficits</i> na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>

		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.</p> <p>2 Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.</p> <p>3 Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.</p> <p>4 Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).</p> <p>5 Grave: Profundo achatamento de afeto.</p> <p>6 Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.</p>
17	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaniaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.</p> <p>2 Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.</p> <p>3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.</p> <p>4 Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.</p> <p>5 Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.</p> <p>6 Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.</p>
18	OBSERVAÇÃO DO PACIENTE	<p>DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.</p>
	Pergunta-guia	<p><i>Qual seu nome completo? E 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)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.) Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?</i></p>
		<p>0 Não observado.</p> <p>1 Muito leve: Parece um pouco confuso.</p> <p>2 Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.</p> <p>3 Moderado: Indica 1992.</p> <p>4 Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.</p> <p>5 Grave: Não faz ideia de onde está.</p> <p>6 Muito grave: Não sabe quem é.</p>

