

# NORMA

## DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Francisco  
Henrique  
Moura George

Digitally signed by Francisco  
Henrique Moura George  
DN: cn=PT, ou=Ministério da Saúde,  
ou=Direção-Geral da Saúde,  
c=Francisco Henrique Moura  
George  
Date: 2011.09.29 18:13:19 +01'00'

1899-2011  
111  
anos



NÚMERO: 024/2011

DATA: 29/09/2011

**ASSUNTO:** Utilização Clínica de Antipsicóticos  
**PALAVRAS-CHAVE:** Antipsicóticos  
**PARA:** Médicos do Sistema Nacional de Saúde  
**CONTATOS:** Departamento da Qualidade na Saúde ([dqs@dgs.pt](mailto:dqs@dgs.pt))

Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

### I – NORMA

1. Na prescrição de um antipsicótico são obrigatoriamente tidos em conta os seguintes fatores:
  - a) resposta clínica e tolerabilidade anterior a antipsicóticos;
  - b) potencial de cada antipsicótico em causar efeitos secundários extrapiramidais, metabólicos e outros, incluindo experiências subjetivas desagradáveis;
  - c) idade do doente;
  - d) antecedentes clínicos do doente;
  - e) evidência científica acerca da eficácia dos antipsicóticos.
2. Antes de se iniciar terapêutica com um antipsicótico o doente tem que realizar um eletrocardiograma sempre que:
  - a) exista história familiar de doença cardiovascular;
  - b) exista fator de risco cardiovascular;
  - c) seja admitido em internamento.
3. No tratamento do primeiro surto ou episódio psicótico deve ser prescrito um fármaco antipsicótico por via oral.
4. Em doentes com o primeiro surto ou episódio psicótico ou em doentes sem qualquer tratamento anterior os medicamentos antipsicóticos iniciam-se nas doses mínimas previstas no Resumo das Características do Medicamento (RCM), titulando lentamente para as doses eficazes.
5. A medicação tem que ser monitorizada numa dosagem otimizada durante quatro a seis semanas.
6. No tratamento continuado com antipsicóticos tem que:
  - a) ser evitado o seu uso intermitente em doentes com má adesão a um regime terapêutico continuado. Nestas circunstâncias será de ponderar a terapêutica sob a forma injetável com antipsicóticos de libertação prolongada. Comparativamente

- aos antipsicóticos orais, a terapêutica antipsicótica sob esta forma está associada a um melhor resultado global e um menor risco de readmissão hospitalar;
- b) ter-se particular atenção ao risco acrescido de efeitos secundários metabólicos, realizando-se regularmente análises laboratoriais, incluindo hemograma, glicémia, função renal e hepática, perfil lipídico e prolactinémia, determinação do peso, índice de massa corporal e perímetro abdominal, perfil tensional e eletrocardiograma.
7. A prescrição de um antipsicótico em “SOS”, devido ao risco de impregnação, tem que ser utilizado durante o período mais curto possível.
  8. Em doentes que não respondem adequadamente ao tratamento antipsicótico, tem que:
    - a) ser revisto o diagnóstico;
    - b) ser verificada a adesão à terapêutica;
    - c) ser confirmada a dose adequada e por um período de tempo adequado;
    - d) ser verificado o uso comórbido de álcool ou de outras substâncias psicoativas ou o uso concorrente de outras medicações;
    - e) serem verificadas comorbilidades.
  7. Não existe evidência que suporte a vantagem dos antipsicóticos de segunda geração sobre os antipsicóticos de primeira geração no tratamento do primeiro surto psicótico e no tratamento de manutenção da esquizofrenia ou de outras perturbações psicóticas.
  8. A clozapina não é utilizada como tratamento de primeira linha, por razões de segurança hematológica.
  9. A opção terapêutica dentro de cada classe da medicação antipsicótica deverá obedecer a critérios de efetividade (o que implica que certas escolhas devam ser justificadas sempre que se considerem ser a melhor alternativa para o doente i.e.: reações adversas e menor número de tomas possível. Caso contrário deve-se privilegiar a opção terapêutica de menor custo para igual eficácia, salvaguardando o cumprimento das orientações de boa prática clínica).
  9. No tratamento da esquizofrenia resistente:
    - a) a clozapina é o único antipsicótico cuja eficácia está demonstrada;
    - b) a clozapina, pelo risco de agranulocitose, só é prescrita a doentes que apresentem inicialmente níveis leucocitários normais, com monitorização semanal durante as primeiras 18 semanas e, posteriormente, em intervalos de, pelo menos, 4 semanas. A monitorização deve continuar durante todo o tratamento até 4 semanas após a interrupção completa do medicamento;
    - c) não se usam antipsicóticos em associação, exceto quando a terapêutica isolada com clozapina não é eficaz. Neste caso, a terapêutica em associação deve ter, pelo menos, uma duração de oito a dez semanas, não devendo ser usado um antipsicótico que aumente os efeitos secundários da clozapina.
  10. No tratamento de um episódio maníaco agudo, é eficaz o uso de antipsicóticos:

- a) em monoterapia, como haloperidol, olanzapina, risperidona, ziprasidona, aripiprazole e quetiapina;
  - b) em associação com medicamentos estabilizadores de humor, como carbonato de lítio e valproato de sódio.
11. No tratamento da depressão bipolar é eficaz o uso de antipsicóticos:
- a) em monoterapia, como a quetiapina e a olanzapina;
  - b) em associação da quetiapidina ou da olanzapina com antidepressivos.
12. No tratamento de manutenção da perturbação afetiva bipolar é eficaz o uso de antipsicóticos:
- a) em monoterapia, como a quetiapina e a olanzapina;
  - b) em associação da quetiapidina ou da olanzapina com medicamentos estabilizadores do humor, como o carbonato de lítio, valproato de sódio e, com menor evidência, a carbamazepina e a iamotrigina
13. No tratamento do *Delirium*/estado confusional agudo o haloperidol é eficaz na diminuição da sua intensidade e duração, mas não na sua profilaxia.
14. Os antipsicóticos não devem ser utilizados no tratamento da dependência de álcool, nomeadamente na manutenção da abstinência e na prevenção de recaídas.
15. Os antipsicóticos de segunda geração podem ser utilizados nas síndromes demenciais com sintomas comportamentais e psicológicos graves, como psicose, agitação psicomotora ou agressividade. No entanto, a sua utilização está associada a aumento de risco de acidentes cerebrovasculares.
16. A risperidona pode ser utilizada no tratamento de curta duração, até 6 semanas, de síndromes demenciais de tipo Alzheimer moderados ou graves com agressividade persistente, que não respondam a abordagens não farmacológicas e quando exista risco de dano para o próprio ou outros.
17. A clozapina pode ser utilizada no tratamento de comportamentos suicidários, diminuindo a sua frequência em doentes com esquizofrenia.
18. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.

## II- CRITÉRIOS

- a) A utilização de antipsicóticos deve ser considerada, apenas, nas situações clínicas para as quais existe evidência da sua eficácia.
- b) A terapêutica antipsicótica deve ser considerada como um ensaio terapêutico individual, com os seguintes procedimentos:
  - i. atender às indicações clínicas baseadas na evidência científica disponível bem como aos benefícios e riscos da medicação antipsicótica;

- ii. atender ao tempo esperado para haver alterações dos sintomas e surgimento de efeitos secundários;
  - iii. justificar e registar as razões que possam ter determinado a utilização de dosagens fora dos limites autorizados.
- c) Devem ser monitorizados e registados sistematicamente durante o tratamento com antipsicóticos e, em especial, durante a sua titulação:
- i. a eficácia do tratamento, incluindo alterações de sintomas e de comportamento;
  - ii. os efeitos secundários, tendo em conta a sobreposição entre estes e as manifestações clínicas associadas à própria perturbação psiquiátrica como, por exemplo, acatísia *versus* agitação e ansiedade;
  - iii. a adesão à terapêutica;
  - iv. os parâmetros biológicos.
- d) Deve ser justificado e registado o racional para a continuação, alteração ou interrupção da terapêutica com antipsicóticos e os efeitos dessas alterações.
- e) No tratamento de manutenção da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas, para a promoção da recuperação e a prevenção de exacerbações, deve-se:
- i. monitorizar os sinais e sintomas por um período de, pelo menos, dois anos;
  - ii. informar o doente que existe um risco elevado de recaída no espaço de um a dois anos após paragem da terapêutica antipsicótica;
  - iii. monitorizar os sinais e sintomas de exacerbação de forma continuada, se ocorrer suspensão da terapêutica antipsicótica;
- f) Sendo que a maioria dos doentes necessita de terapêutica antipsicótica de manutenção prolongada não deve ser esquecido o risco de discinesia tardia e de efeitos metabólicos.
- g) A escolha de um antipsicótico deve ser discutida com o doente, sempre que a situação clínica o admitir, tendo em conta o potencial benefício/risco de cada fármaco. A discussão conjunta da terapêutica aumenta o potencial para a sua adesão.

### III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua e executada a nível local, regional e nacional.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento são da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde em colaboração com a Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores, nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo e dela fazem parte integrante:
  - i. % doentes com o diagnóstico de esquizofrenia medicados com antipsicóticos
  - ii. custo médio da prescrição de antipsicóticos por doente com o diagnóstico de esquizofrenia.
  - iii. % doentes com o diagnóstico de demência medicados com antipsicóticos.
  - iv. custo médio da prescrição de antipsicóticos por doente com o diagnóstico de demência.

#### IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) No documento *The Global Burden of Diseases*, a Organização Mundial de Saúde demonstrou a importância da doença mental na sociedade atual.
- b) A doença mental, em relação à carga total de doenças, corresponde a 12% a nível mundial e a 24% a nível da Europa. A nível mundial, 5 das 10 principais doenças geradoras de incapacidade são doenças psiquiátricas, nomeadamente a Depressão Major, Psicose Esquizofrénica, Perturbação Afetiva Bipolar, Dependência de Álcool e Perturbação Obsessiva-Compulsiva.
- c) Sendo os antipsicóticos um grupo de fármacos amplamente usado num conjunto muito diverso de situações clínicas, a presente Norma tem por objetivo definir regras gerais para a terapêutica antipsicótica.
- d) Os antipsicóticos têm eficácia demonstrada no tratamento de algumas das doenças mentais mais graves, em particular das perturbações psicóticas e perturbação afetiva bipolar. No entanto, o seu tratamento deverá englobar um conjunto variado de intervenções terapêuticas, nomeadamente intervenções familiares e psicoeducativas, bem como psicoterapêuticas e reabilitativas.
- e) Existem vários antipsicóticos disponíveis divididos em duas grandes classes: antipsicóticos de primeira geração, também denominados típicos, convencionais, clássicos ou neurolépticos e antipsicóticos de segunda geração, também denominados atípicos.
- f) Todos os antipsicóticos se associam a efeitos secundários, mas o perfil específico e impacto clínico variam consideravelmente entre indivíduos e entre os diferentes fármacos.
- g) Os efeitos secundários podem incluir efeitos extrapiramidais (distonia aguda, acatísia, parkinsonismo e discinésia tardia), efeitos anticolinérgicos (visão turva, aumento da pressão intraocular, xerostomia, xeroftalmia, obstipação e retenção urinária), aumento dos níveis de prolactina (associados a galactorreia, amenorreia e disfunção sexual), convulsões, sedação, efeitos metabólicos (aumento de peso, dislipidémia, intolerância à glicose/resistência à insulina) e efeitos cardiovasculares (vários antipsicóticos prolongam a repolarização ventricular, com conseqüente aumento do risco de arritmias ventriculares). Como regra geral,

os antipsicóticos de primeira geração associam-se, mais frequentemente, a efeitos extrapiramidais e os antipsicóticos de segunda geração a efeitos metabólicos.

- h) Após a publicação dos estudos CATIE e CUtLASS, a Associação Mundial de Psiquiatria fez uma revisão relativamente à eficácia de 51 antipsicóticos de primeira geração e 11 antipsicóticos de segunda geração e concluiu que minimizando as diferenças nos efeitos secundários extrapiramidais através de dosagens cuidadosas e evitando a utilização de anticolinérgicos, não existe evidência que suporte qualquer vantagem dos antipsicóticos de segunda geração sobre os antipsicóticos de primeira geração.
- i) Importa referir que no caso específico da esquizofrenia, os antipsicóticos são mais eficazes no tratamento dos sintomas positivos, em particular alucinações e delírios, do que nos sintomas negativos, como apatia, isolamento social e embotamento, bem como nos défices cognitivos. Para os sintomas negativos e cognitivos não existe evidência inequívoca de que respondam ao tratamento antipsicótico. Mesmo dentro dos sintomas positivos alguns melhoram apenas de forma muito gradual durante semanas e nalguns doentes durante meses.

## V - APOIO CIENTÍFICO

- a) Álvaro de Carvalho (coordenação científica), António Faria Vaz (coordenação executiva), António Cruz Neves e Patrícia Gonçalves.
- b) A presente Norma foi visada pelo presidente da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:
  - i. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
  - ii. Associação Portuguesa de Psiquiatria para a Infância e Adolescência;
  - iii. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
  - iv. Sociedade Portuguesa de Neurologia;
  - v. Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.
- d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse.

## BIBLIOGRAFIA

Alessandra M.A. Nivolia, Francesc Colom, Andrea Murru, Isabella Pacchiarotti, Piero Castro-Loli, Ana González-Pinto, Kostas N. Fountoulakis, Eduard Vieta. New treatment guidelines for acute bipolar depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* Volume 129, Issues 1-3, March 2011, P14-26

Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;(3): CD005063.

Andrea Cipriani, Corrado Barbui, Georgia Salanti, Jennifer Rendell, Rachel Brown, Sarah Stockton, Marianna Purgato, Loukia M Spineli, Guy M Goodwin, John R Geddes. Comparative efficacy and acceptability of antimanic drugs in acute mania: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*, Early Online Publication, 17 August 2011 doi:10.1016/S0140 6736(11)60873-8

Anónimo. Drugs for Psychotic Disorders. *Med Lett Drugs Ther.* 1991 May 17;33(844):43-50

Aupperle P. Management of aggression, agitation, and psychosis in dementia: focus on atypical antipsychotics. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2006 Mar-Apr;21(2):101-8

Ballard C, Waite J. The effectiveness of atypical antipsychotics for the treatment of aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD003476.

Bender S, Scherbaum N, Soyka M, Rüter E, Mann K, Gastpar M. The efficacy of the dopamine D2/D3 antagonist tiapride in maintaining abstinence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in 299 alcohol-dependent patients. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2007 Oct;10(5):653-60. Epub 2006 Nov 1.

Boettger S, Breitbart W. Atypical antipsychotics in the management of delirium: a review of the empirical literature. *Palliat Support Care.* 2005 Sep;3(3):227-37.

British National Formulary. BMJ Publishing Group Ltd and Royal Pharmaceutical Society. 2011.

Canitano R, Scandurra V. Prog Neuropsychopharmacol Psychopharmacology in autism: an update. *Biol Psychiatry.* 2011 Jan 15;35(1):18-28. Epub 2010 Oct 27.

Catic AG. Identification and management of in-hospital drug-induced delirium in older patients. *Drugs Aging.* 2011 Sep 1;28(9):737-48. doi: 10.2165/11592240-000000000-00000

Cookson, J., Taylor, J. Katona, C. (2002). *Use of Drugs in Psychiatry: The Evidence from Psychopharmacology.* New York, Gaskell.

Cruz N, Sanchez-Moreno J, Torres F, Goikolea JM, Valentí M, Vieta E. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis *Int J Neuropsychopharmacol.* 2010 Feb; 13(1): 5-14. Epub 2009 Jul 29.

Derry S, Moore RA. Atypical antipsychotics in bipolar disorder: systematic review of randomized trials. *BMC Psychiatry.* 2007 Aug 16; 7:40.

Douglas IJ, Smeeth L. Exposure to antipsychotics and risk of stroke: self controlled case series study. *BMJ.* 2008 Aug 28;337:a1227.

Goodwin FK ; Whitham EA ; Ghaemi SN Maintenance Treatment Study Designs in Bipolar Disorder: Do They Demonstrate that Atypical Neuroleptics (Antipsychotics) are Mood Stabilizers? *CNS Drugs.* 2011; 25(10): 819-27

Grover S, Kumar V, Chakrabarti S. Comparative efficacy study of haloperidol, olanzapine and risperidone in delirium. *J Psychosom Res.* 2011 Oct;71(4):277-81. Epub 2011 Mar 2.

Gulisano M, Cali PV, Cavanna AE, Eddy C, Rickards H, Rizzo R. Cardiovascular safety of aripiprazole and pimozide in young patients with Tourette syndrome. *Neurol Sci.* 2011 Jul 6. [Epub ahead of print]

Herrmann N, Lanctôt KL Do atypical antipsychotics cause stroke? *CNS Drugs.* 2005;19(2):91-103.

Kerwin RW, Bolonna AA Is clozapine antisuicidal? *Expert Rev Neurother.* 2004 Mar;4(2):187-90.

- Kindermann SS, Dolder CR, Bailey A, Katz IR, Jeste DV. Pharmacological treatment of psychosis and agitation in elderly patients with dementia: four decades of experience. *Drugs Aging*. 2002;19(4):257-76.
- Lacasse H, Perreault MM, Williamson DR. Systematic review of antipsychotics for the treatment of hospital-associated delirium in medically or surgically ill patients. *Ann Pharmacother*. 2006 Nov;40(11):1966-73. Epub 2006 Oct 17.
- Laredo L, Vargas E, Blasco AJ, Aguilar MD, Moreno A, Portolés A. Risk of cerebrovascular accident associated with use of antipsychotics: population-based case-control study. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Jul;59(7):1182-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03479.x. Epub 2011 Jun 30.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK., Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) investigators Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005;353:1209-1223.
- Lodhi LM, Shah A. Psychotropic prescriptions and elderly suicide rates. *Med Sci Law*. 2004 Jul;44(3):236-44.
- Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsychotics for delirium. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Apr 18;(2):CD005594.
- Marder et al. (2004). Physical health monitoring in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*; 161:1334-1349
- McEvoy JP, Hogarty GE, Steingard S. (1991). Optimal dose of neuroleptic in acute schizophrenia: a controlled study of the neuroleptic threshold and higher Haloperidol dose. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:739-745.
- McPheeters ML, Warren Z, Sathe N, Bruzek JL, Krishnaswami S, Jerome RN, Veenstra-Vanderweele J. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2011 May;127(5):e1312-21. Epub 2011 Apr 4.
- Modestin J, Dal Pian D, Agarwalla P. Clozapine diminishes suicidal behavior: a retrospective evaluation of clinical records. *J Clin Psychiatry*. 2005 Apr;66(4):534-8.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Full national clinical guideline on core interventions in the treatment and management of Schizophrenia in adults in primary and secondary care. London (United Kingdom): National Institut for Clinical Excellence; 2010 em <http://guidance.nice.org.uk/CG82/Guidance/pdf/English> acedido em setembro de 2011.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Full national clinical guideline The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. London (United Kingdom): National Institut for Clinical Excellence; 2006 em <http://guidance.nice.org.uk/CG38/Guidance/pdf/English> acedido em setembro de 2011.
- Pratt NL, Roughead EE, Ramsay E, Salter A, Ryan P. Risk of hospitalization for stroke associated with antipsychotic use in the elderly: a self-controlled case series. *Drugs Aging*. 2010 Nov 1;27(11):885-93.
- Peters DH, Faulds D. Tiapride. A review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of alcohol dependence syndrome. *Drugs*. 1994 Jun;47(6):1010-32.
- Remington, G., Kapur, S. & Zipursky, R. B. (1998). Pharmacotherapy of first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172 (suppl. 33), 66.
- Saunders KE, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009 Jul-Sep;18(3):172-8.
- Schooler NR. (2003). Relapse and rehospitalization: comparing oral and depot antipsychotics. *J Clin Psychiatry*;64 Suppl 16:14-17.
- Sharma V. Atypical antipsychotics and suicide in mood and anxiety disorders. *Bipolar Disord*. 2003;5 Suppl 2:48-52.
- Tandon R et al. (2008). World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section: Statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 2008; 100:20-38.
- Tariot PN, Profenno LA, Ismail MS. Efficacy of atypical antipsychotics in elderly patients with dementia. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 11:11-5.

Tauscher J & Kapur S (2001). Choosing the right dose of antipsychotics in schizophrenia: lessons from neuroimaging studies. *CNS Drugs*, 15(9):671-8.

Tiihonen J et al. (2006). Effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of patients in community care after first hospitalization due to schizophrenia and schizoaffective disorder:observational follow-up study. *BMJ*; 333:224

Veit Roessner V, Kerstin J. Plessen, Aribert Rothenberger, Andrea G. Ludolph, Renata Rizzo, Liselotte Skov , Gerd Strand, Jeremy S. Stern, Cristiano Termine, Pieter J. Hoekstra, the ESSTS Guidelines Group. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part II: pharmacological treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011. 20:173–196

Yerevanian BI, Koek RJ, Mintz J. Bipolar pharmacotherapy and suicidal behavior. Part I: Lithium, divalproex and carbamazepine. *J Affect Disord*. 2007 Nov; 103(1-3): 5-11. Epub 2007 Jul 12.

Walter H, Ramskogler K, Semler B, Lesch OM, Platz W. Dopamine and alcohol relapse: D1 and D2 antagonists increase relapse rates in animal studies and in clinical trials. *J Biomed Sci*. 2001 Jan-Feb;8(1):83-8.

Wiesbeck GA, Weijers HG, Lesch OM, Glaser T, Toennes PJ, Boening J. Flupenthixol decanoate and relapse prevention in alcoholics: results from a placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2001 Jul-Aug;36(4):329-34.

Zupancic ML. Role of atypical antipsychotics in rapid cycling bipolar disorder: a review of the literature. *Ann Clin Psychiatry*. 2011 May; 23(2):141-9.



Francisco George  
Diretor-Geral da Saúde

### BILHETES DE IDENTIDADE

<b>Designação</b>	Percentagem de doentes com diagnóstico de esquizofrenia medicados com antipsicóticos		
<b>Tipo de indicador</b>	QUALIDADE TÉCNICA/EFETIVIDADE	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Tipo de falha</b>		<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objetivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a percentagem de doentes com diagnóstico de esquizofrenia em terapêutica com antipsicóticos		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES/ ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de doentes com diagnóstico de esquizofrenia
<b>Prazo entrega reporting</b>		<b>Valor de referência</b>	
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	
<b>Critérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador</li> <li>- Ter registo de prescrição de antipsicóticos (grupo farmacoterapêutico 2.9.2.), no período em análise</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter uma inscrição no ACES , no período em análise</li> <li>- Ter este diagnóstico ativo na sua lista de problemas - (ICPC - P72)</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Fator crítico</b>			
<b>Variáveis</b>	<b>Definição</b>	<b>Fonte informação SI</b>	<b>Unidade de medida</b>
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de esquizofrenia com prescrição de antipsicóticos	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de esquizofrenia	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Custo médio da prescrição de antipsicóticos por doente com diagnóstico de esquizofrenia		
<b>Tipo de indicador</b>	EFICIÊNCIA	<b>Entidade Gestora</b>	ACES
<b>Tipo de falha</b>		<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objetivo</b>	Monitorizar o valor prescrito e aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime o valor de prescrição de antipsicóticos		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	€/doente com diagnóstico de esquizofrenia
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES/ ARS	<b>Fórmula</b>	A / B
		<b>Output</b>	Valor da prescrição por doente
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n +1	<b>Valor de Referência</b>	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	Numerador: - Denominador; - Valor das prescrições (PVP) de antipsicóticos (grupo farmacoterapêutico 2.9.2.) no intervalo de tempo em análise  Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter diagnóstico de esquizofrenia (P72)		
<b>Observações</b>			
<b>Fator crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte Informação SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	Valor das prescrições de antipsicóticos (PVP)	SI USF/UCSP	€
<b>B - Denominador</b>	Número de inscritos com diagnóstico de esquizofrenia	SI USF/UCSP	Nº de inscritos

<b>Designação</b>	Percentagem de doentes com diagnóstico de demência medicados com antipsicóticos		
<b>Tipo de indicador</b>	QUALIDADE TÉCNICA / EFECTIVIDADE	<b>Entidade gestora</b>	ACES
<b>Tipo de falha</b>		<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objectivo</b>	Aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime a percentagem de doentes com diagnóstico de demência em terapêutica com antipsicóticos		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	Percentagem
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES/ARS	<b>Fórmula</b>	A / B x 100
		<b>Output</b>	Percentagem de doentes com diagnóstico de demência
<b>Prazo entrega reporting</b>		<b>Valor de referência</b>	
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	
<b>Crítérios de inclusão</b>	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denominador</li> <li>- Ter registo de prescrição de antipsicóticos (grupo farmacoterapêutico 2.9.2.), no período em análise</li> </ul> <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter uma inscrição no ACES, no período em análise</li> <li>- Ter este diagnóstico activo na sua lista de problemas - (ICPC - P70)</li> </ul>		
<b>Observações</b>			
<b>Factor crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte informação/ SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de demência com prescrição de antipsicóticos	SI USF/UCSP	N.º de inscritos
<b>B - Denominador</b>	N.º de inscritos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	N.º de inscritos

<b>Designação</b>	Custo médio da prescrição de antipsicóticos por doente com diagnóstico de demência		
<b>Tipo de indicador</b>	EFICIÊNCIA	<b>Entidade Gestora</b>	ACES
<b>Tipo de falha</b>		<b>Período aplicável</b>	Ano
<b>Objetivo</b>	Monitorizar o valor prescrito e aplicar a Norma da DGS		
<b>Descrição do indicador</b>	Indicador que exprime o valor de prescrição de antipsicóticos		
<b>Frequência de monitorização</b>	Trimestral	<b>Unidade de medida</b>	€/doente com diagnóstico de demência
<b>Responsável pela monitorização</b>	ACES/ ARS	<b>Fórmula</b>	A / B
		<b>Output</b>	Valor da prescrição por doente
<b>Prazo entrega reporting</b>	Dia 25 do mês n +1	<b>Valor de Referência</b>	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Órgão fiscalizador</b>	ARS	<b>Meta</b>	a definir ao fim de um ano de aplicação da norma
<b>Crítérios de inclusão</b>	Numerador: - Denominador; - Valor das prescrições (PVP) de antipsicóticos (grupo farmacoterapêutico 2.9.2.) no intervalo de tempo em análise  Denominador: - Ter inscrição no ACES no período em análise - Ter diagnóstico de demência (P70)		
<b>Observações</b>			
<b>Fator crítico</b>			

Variáveis	Definição	Fonte Informação SI	Unidade de medida
<b>A - Numerador</b>	Valor das prescrições de antipsicóticos (PVP)	SI USF/UCSP	€
<b>B - Denominador</b>	Número de inscritos com diagnóstico de demência	SI USF/UCSP	Nº de inscritos