

NOTA TÉCNICA 5712

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Juizado Especial

COMARCA: Unaí

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 49 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Oxalato de Escitalopran 20 mg

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F322

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM- 53031

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005712

II – PERGUNTAS DO JUÍZO

Paciente apresenta quadro de parestesias, alucinações somatoformes, humor deprimido, anedonia, hipobulia, menos valia, reclusão, memória comprometida, choro profuso e fobias imotivadas. Associado, cursa com dores em dorso, MMSS e MMII, acometendo também as articulações, associada a insônia. Em uso de Esc, risperidona e Clonazepan, com pouca melhora até o presente momento. Paciente apresenta quadro delírios mágicos, alucinações auditivas, visuais, desorganização do pensamento, afeto aplainado, comportamento bizarro e insight reduzido. Usou Hadol e clorpromazina por 8 semanas cada, em dose máxima, sem melhora do quadro. Por fim, foi diagnosticado com Depressão Grave.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS

Relatórios Médicos

De acordo com a tabela abaixo, os códigos correspondentes às doenças que acometem a paciente são:

Doença	Código CID
Depressão Grave	F322

Outras doenças e respectivos códigos CID:
/

As doenças que acometem a paciente demandam os seguintes medicamentos (princípio ativo do medicamento) /insumos/tratamentos/exames médicos, de acordo com o quadro abaixo:

Doença	Medicamentos/insumos/tratamentos/exames médicos
Depressão Grave	Escitaloprom 20g 04 p/ dia

Em que consistem a(s) doença(s)?
Transtorno que consiste, como se chama, menos volia, hipertonia, e idologias suicidas

Paciente apresenta quadro delírios mágicos, alucinações auditivas, visuais, desorganização do pensamento, afeto aplainado, comportamento bizarro e insight reduzido.

Usou Hadol e clorpromazina por 8 semanas cada, em dose máxima, sem melhora do quadro.

Inicia Risperidona 1mg 1-0-1, com boa melhora e controle dos sintomas psicóticos no momento.

Dessa forma, avaliada melhora do quadro, solicito manter a medicação risperidona, visando estabilização e melhora do quadro.

CID 10: F20

Data: 26 / 10 / 2023



Paciente apresenta quadro de parestesias, alucinações somatoformes, humor deprimido, anedonia, hipobulia, menos valia, reclusão, memória comprometida, choro profuso e fobias imotivadas. Associado, cursa com dores em dorso, MMSS e MMII, acometendo também as articulações, associada a insônia.

Em uso de Esc, risperidona e Clonazepan, com pouca melhora até o presente momento.

Haja vista a grave sintomatologia e a cronicidade do quadro, podemos inferir que o paciente não se apresenta, no momento, apto para o trabalho. Portanto, solicito afastamento laboral do cliente e avento benefício específico para custeio da sua medicação e subsistência.

CID 10: F323

Data: 26 / 10 / 2023



Os relatórios médicos declaram paciente portadora de esquizofrenia e depressão grave. A depressão é altamente prevalente em pacientes com esquizofrenia, afetando aproximadamente 30-50% dos pacientes em diferentes fases da doença. A prevalência de transtorno depressivo maior comórbido em pacientes estabilizados com esquizofrenia é de 32,6%, enquanto sintomas depressivos (que não atingem o limiar diagnóstico completo) ocorrem em até 75% dos pacientes na fase aguda e 50% na fase pós-psicótica.

Esquizofrenia

A esquizofrenia é o transtorno psicótico mais comum, com uma prevalência de aproximadamente 1% ao longo da vida, caracterizado por sintomas positivos (alucinações, delírios, fala desorganizada), sintomas negativos (afecto embotado, alogia, avolição, anedonia), e deterioração funcional significativa.

Critérios diagnósticos

Segundo o DSM-5, o diagnóstico requer: Pelo menos dos cinco sintomas (com pelo menos um sendo delírios, alucinações ou fala desorganizada): delírios, alucinações, conversa desorganizada, comportamento desorganizado ou catatônico, e sintomas negativos

Presença durante uma parcela significativa de tempo em um período de 1 mês

Sinais contínuos durante pelo menos 6 meses, incluindo pelo menos 1 mês de sintomas de fase ativa

Deterioro funcional marcado em áreas principais (trabalho, relações interpessoais, autocuidado)

Exclusão de transtorno esquizoafetivo, transtornos do estado de ânimo com características psicóticas, efeitos de substâncias e outras condições médicas.

Apresentação Clínica

Os sintomas são categorizados da seguinte forma:

Sintomas positivos: alucinações (principalmente auditivas), delírios, discurso desorganizado, comportamento bizarro

Sintomas negativos: expressão emocional diminuída, avolição (redução da atividade direcionada a objetivos), alogia (redução do vocabulário), associalidade, anedonia

Sintomas cognitivos: déficits na memória de trabalho, função executiva e velocidade de processamento

A esquizofrenia tipicamente se desenvolve no início da idade adulta e progride através de quatro estágios: pré-mórbido, prodrômico, sindrômico e crônico/residual.

Depressão

A depressão maior é definida pela presença de humor deprimido ou perda de interesse/prazer (anedonia) por pelo menos 2 semanas, acompanhada de pelo menos 4 sintomas adicionais que causam comprometimento funcional significativo. Afeta aproximadamente 9% dos adultos americanos anualmente, com prevalência ao longo da vida de 17% em homens e 30% em mulheres.

Critérios diagnósticos

Segundo o DSM-5, o diagnóstico de transtorno depressivo maior requer: APPI


- Pelo menos 5 dos seguintes sintomas durante o mesmo período de 2 semanas, sendo pelo menos um deles humor deprimido ou perda de interesse/prazer:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias


2. Diminuição acentuada do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades
 3. Perda ou ganho significativo de peso (>5% do peso corporal em um mês) ou alteração do apetite
 4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias
 5. Agitação ou retardo psicomotor observável
 6. Fadiga ou perda de energia
 7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva/inadequada
 8. Capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou indecisão
 9. Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida
- Comprometimento funcional clinicamente significativo em áreas sociais, ocupacionais ou outros importantes
 - Exclusão de efeitos fisiológicos de substâncias ou outras condições médicas

Apresentação clínica

Na prática, os pacientes raramente apresentam espontaneamente humor deprimido ou tristeza, geralmente queixando-se de sofrimento geral, distúrbios do sono, dor e fadiga. Portanto, é útil ter a depressão em mente como diagnóstico potencial e perguntar rotineiramente sobre seus sintomas-chave. A queixa inicial frequentemente é insônia ou fadiga em vez de humor deprimido. APPI[2]

Os sintomas podem ser agrupados em domínios emocionais (humor deprimido, anedonia, culpa), neurovegetativos (sono, apetite, energia, sintomas psicomotores) e neurocognitivos (concentração, indecisão).  Lancet

Tratamento inicial

O American College of Physicians recomenda:  Annals of Internal Medicine[6]

Para depressão moderada a grave:

- Monoterapia com terapia cognitivo-comportamental (TCC) ou antidepressivo de segunda geração como tratamento inicial (recomendação forte)
- Terapia combinada (TCC + antidepressivo) pode ser considerada (recomendação condicional)

Para depressão leve:

- Monoterapia com TCC como tratamento inicial (recomendação condicional)

Psicoterapia

Psicoterapias de primeira linha com evidência de benefício moderado a grande incluem:

- Terapia cognitivo-comportamental
- Ativação comportamental
- Terapia de resolução de problemas
- Terapia interpessoal
- Psicoterapia psicodinâmica breve
- Psicoterapia baseada em mindfulness

A quantidade ótima é de 12 a 16 sessões, com sessões duas vezes por semana associadas a melhores resultados

Farmacoterapia

Antidepressivos de primeira linha incluem:

- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS): escitalopram e sertralina têm boa classificação tanto para eficácia quanto aceitabilidade
- Inibidores da recaptação de serotonina-norepinefrina (IRSN): duloxetine, venlafaxina
- Inibidores da recaptação de norepinefrina-dopamina: bupropiona
- Antagonista alfa-2 e 5-HT₂: mirtazapina

Medicamentos com evidência de eficácia superior incluem bupropiona, **escitalopram**, mirtazapina, paroxetina, sertralina e venlafaxina de liberação prolongada

Estratégia de tratamento por gravidade

- Depressão leve (PHQ-9 <10): psicoterapia, exercício, ou suplementos de erva de São João podem ser úteis; antidepressivos geralmente não são indicados
 - Depressão moderada (PHQ-9 10-14): antidepressivos ou psicoterapias específicas são tratamentos de primeira linha; terapia combinada pode ser superior
 - Depressão moderadamente grave ou grave (PHQ-9 ≥15): tratamento combinado com psicoterapia e antidepressivo é recomendado
- Intervenções de estilo de vida
- Exercício supervisionado de intensidade baixa a moderada por 30-40 minutos, 3-4 vezes por semana, por no mínimo 9 semanas, é monoterapia de primeira linha para depressão leve
 - Fototerapia com luz branca de 10.000 lux por 30 minutos diariamente é tratamento de primeira linha para depressão sazonal

Considerações importantes

- Até metade das pessoas que iniciam antidepressivos e/ou psicoterapia não melhoram significativamente mesmo com tratamento adequado
- Programas de cuidado colaborativo, incluindo acompanhamento sistemático e avaliação de resultados, melhoram a eficácia do tratamento
- A terapia combinada (medicação + psicoterapia) pode ser preferível, especialmente para depressão mais grave ou crônica
- A decisão de tratamento deve ser personalizada com base em preferências do paciente, sintomas específicos, comorbidades e custo

O escitalopram não integra a RENAME, mas é aprovado pela ANVISA e tem eficácia comprovada no tratamento da depressão, sem eficácia no tratamento da doença de Alzheimer. Existem alternativas terapêuticas que o escitalopram, disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde e integrantes do componente básico da RENAME 2018, igualmente eficazes no tratamento da depressão, que incluem a amitriptilina, a nortriptilina, a clomipramina e a fluoxetina. Não foi apresentado relato de que o requerente tenha feito uso prévio ou não apresentado resposta às alternativas ao escitalopram incluídas na RENAME.

IV – CONCLUSÕES:

- ✓ O escitalopram não integra a RENAME, mas é aprovado pela ANVISA e tem eficácia comprovada no tratamento da depressão
- ✓ Estão disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde para tratamento da depressão amitriptilina, a nortriptilina, a clomipramina e a fluoxetina.
- ✓ Não existe evidências o suficiente na literatura para indicar uso da medicação solicitada.

V – REFERÊNCIAS:

- ✓ RENAME
- ✓ Portal da CONITEC

VI – DATA: 26/05/2026

NATJUS - TJMG