

1º Fórum de Psiquiatria CFM e CRM's



Veja mais:

ENTREVISTA

CFM estabelecerá critérios para a psiquiatria - **Pág. 3**

EVENTO CFM

Fórum critica modelo assistencial em saúde mental - **Pág. 4**

ATO MÉDICO

Veja os únicos psiquiatras presentes - **Pág. 7**

Psiquiatria em Pauta

Nossa proposta é sempre levar informação e qualificação aos nossos associados, buscando atender suas necessidades de aprimoramento e evolução profissional, e a valorização da nossa especialidade médica: a Psiquiatria.

Pois acreditamos que o trabalho associativo deve ser construído sobre 03 pilares: defesa corporativa, defesa acadêmica e defesa da prática clínica.

E em 2010 continuaremos nosso trabalho de levar conhecimento científico, político e social, não só aos médicos psiquiatras do Distrito Federal, mas aos outros profissionais de saúde e a sociedade em geral.

E neste rumo estamos organizando o V Simpósio Internacional sobre Depressão e Transtorno de Humor Bipo-

lar e III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que acontecerá nos dias 10 e 11 de setembro. Anote na sua agenda, confira as informações abaixo e não perca mais um importante e renomado evento organizado pela APBr.

Esta edição de nosso jornal está voltada para defesa da psiquiatria, e de uma assistência digna para os pacientes, onde os médicos possam desempenhar suas funções utilizando todas as ferramentas possíveis para um melhor atendimento. Confira na página 02 a entrevista com o Vice-presidente do CFM, e coordenador da Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM. Nas páginas 4, 5 e 6 confira a cobertura completa do I Fórum de Psiquiatria CFM X CRMs que aconteceu em Brasília, EVENTO INÉDITO. Além disso,



Antônio Geraldo da Silva
Presidente da APBr

apresentamos uma pesquisa do CREMESP sobre os CAPs de São Paulo.

Aproveite a leitura! Caso seja de seu interesse, teremos muito prazer em receber seus comentários e críticas sobre o jornal, escreva para jornal@apbr.com.br.



V SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE DEPRESSÃO E TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR

III Congresso Brasileiro de Psiquiatria

Palestrantes convidados:
Cássio Pitta/SP, Doris Moreno/SP, Fábio Gomes de Mattos e Souza/CE, Helena Calil/SP, Humberto Correa/MG, Edgard Belfort/VE, Irismar Oliveira/BA, João Romildo Bueno/RJ, José Alberto Del Porto/SP, Kalil Duailibi/SP, Luiz Paulo Bechelli/SP, Luciana Carvalho/MG, Luis Paulo de Campos Bechelli/SP, Marcos Gebara/RJ, Mário Juruena/SP, Pedro Lima/RS, Rodrigo Machado-Vieira, Valéria Souza/CE, Valentim Gentil/SP.

Em breve mais informações sobre temas e outros palestrantes.

Dias 2010

10 e 11
setembro
Brasília - DF



Tel: 01 3443-1623 e-mail: apbr@apbr.com.br
 Fax: 01 3242-4074 site: www.apbr.com.br

APBr

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE BRASÍLIA

Federada da Associação Brasileira de Psiquiatria

Associação Psiquiátrica de Brasília
 SGAS Qd. 910 - Cj. B - Ed. Mix Park Sul, B/E
 Sala 138 - Asa Sul Cep: 70390-100
 Brasília, DF - Telefax: (61) 3443-1623
 Portal: www.apbr.com.br / e-mail: jornal@apbr.com.br

Presidente:
Antônio Geraldo da Silva
Vice-presidente:
Dênio Lima
Secretária Geral:
Maria Dilma Alves Teodoro
Primeiro Secretário:
Eduardo S. de Sá Oliveira
Segundo Secretário:
Hiltanise Ribeiro Medeiros Bezerra
Tesoureiro:
Luciano Roberto de O. Carvalho

Vice-Tesoureiro:
Marcio Jupuriti Drago
Conselho Deliberativo:
Maria Alice de Vilhena Toledo
 Emmanoel Fenelon Saraiva Câmara
 Jorge Salim Rizk

Editor Responsável:
Antônio Geraldo da Silva
Conselho Editorial
Dênio Lima
 Maria Dilma Alves Teodoro
 Luciano Roberto de O. Carvalho

Jornalista Responsável
Elisabel Ferriche - MTb/DF 686/05/36
Relações Públicas
Simone Paes - CONRERP-831
Gráfica
Gráfica Teixeira
Digitação e Editoração
Guinaweb - Ateliê Designer (61) 3242-9672
Tiragem
3.000 exemplares
Contato Publicitário
(61) 3443-1623
 E-mail: jornal@apbr.com.br

CFM estabelecerá critérios para a psiquiatria

A Câmara Técnica de Psiquiatria do Conselho Federal de Medicina (CFM), decidiu elaborar um protocolo para estabelecer critérios de equipamentos necessários para o ato médico em psiquiatria. Antes, vai solicitar parecer da assessoria jurídica do CFM. O objetivo é garantir a eficácia da intervenção médica e prevenir os erros na execução do ato médico. O anúncio foi feito pelo vice-presidente do CFM, Emmanuel Fortes. Segundo ele, outra preocupação

do CFM é com relação a residência médica em psiquiatria, já que os CRMs não têm competência para fiscalizar os programas pedagógicos, para aferir a qualidade de ensino e avaliar a estrutura física dos hospitais e ambulatórios. “O CFM vai dar atenção especial aos hospitais de ensino e hospitais com residência médica”, disse ele.

Emmanuel Fortes falou sobre as decisões tomadas no Fórum:



Dr. Emmanuel Fortes

Como o senhor avalia o I Fórum de Psiquiatria Integração CFM x CRMs?

O saldo foi bastante positivo. Estaremos encaminhando todas as propostas aqui apresentadas ao plenário do CFM principalmente a que diz respeito à melhoria do controle e o exercício da especialidade.

Na sua avaliação os CAPs (Centro de Avaliação Psicossocial) são éticos ou não?

Vamos levar a questão ao plenário do CFM que vai definir se as determinações

feitas pelo Ministério da Saúde são éticas ou não, e se elas permitem o exercício legal da medicina ou induzem o médico ao erro.

O CFM poderá uniformizar o assunto e editar um manual de fiscalização para todo o Brasil?

O CFM criou uma Comissão

que está estudando a reforma do Manual de Vistoria e Fiscalização hoje existente. O prazo é novembro de 2010 para que esta comissão apresente resultados. Nesta primeira etapa de trabalho vamos procurar interlocução com o Ministério da Saúde e Anvisa buscando uma padronização para todo o Brasil.

É um manual de padronização para os consultórios psiquiátricos?

Estamos construindo manuais em todas as especialidades médicas, não só na psiquiatria porque é preciso discutir as necessidades de cada especialidade no consultório para que a profissão seja exercida com qualidade. Todas as especialidades médicas precisam destas definições. Com o módulo básico de clínica médica definido, em maio estaremos convidando todas as especialidades para definir suas necessidades.

Quais são os planos do CFM para a psiquiatria em 2010?

O Fórum de psiquiatria que estamos realizando foi o primeiro desta gestão e a partir dele vamos levar as propostas apresentadas ao plenário visando viabilizá-las para que sejam implantadas. Uma delas é adotar as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental. E estabelecer um confronto efetivo com as políticas públicas de combate às drogas ilícitas cujos programas governamentais mais estimulam do que combatem o consumo de drogas.

Quais os controles que serão criados pelo CFM para a psiquiatria?

Para cada especialidade médica o CFM fará reuniões específicas para discutir a necessidade de cada área com vista a sistematizar as práticas médicas. O CFM estará trabalhando para melhorar a prática médica, não especificamente a psiquiatria.

Fórum critica modelo assistencial em saúde mental

A Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM, realizou no dia 17 de março, o I Fórum de Psiquiatria CFM x CRMs, na sede do conselho, em Brasília. Participaram do encontro representantes de conselhos regionais, participantes de outras entidades, e o Deputado Federal Germano Bonow que acompanham de perto o tema.

Durante a reunião, foram questionadas as políticas públicas de assistência em psiquiatria, adotadas pelo Ministério da Saúde. Para os presentes as medidas, na prática, comprometem a atenção à saúde mental, porque criam obstáculos ao bom diagnóstico e ao tratamento de pacientes com transtornos mentais. Além do que, os problemas da assistência em Psiquiatria são inúmeros e acontecem em diferentes níveis da assistência.



Dr. Carlos Vital - 1º Vice-Presidente do CFM, Dr. Emmanuel Fortes - 3º Vice-Presidente do CFM, Dr. Roberto Luiz d'Avila - Presidente do CFM, Dr. Henrique Batista e Silva - Secretário Geral do CFM

Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM:

Coordenador: Dr. Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti

Dr. Alberto Carvalho de Almeida	Dr. Antonio Geraldo da Silva	Dr. Benedito de Paula Bezerra
Dr. Carlos Eduardo Kerbeg Zacharias	Dr. Carlos Salgado	Dr. Diaulas Ribeiro
Dr. João Romildo Bueno	Dr. José Geraldo Vernet Taborda	Dr. José Givaldo de Medeiros
Dr. Josimar Mata Farias França	Dr. Juberty Antônio de Souza	Dr. Paulo César Geraldes
Dr. Ronaldo Laranjeiras	Dr. Salomão Rodrigues Filho	Dr. Valentin Gentil Filho

Redução de leitos psiquiátricos também é criticada



Dr. Alexandre Nogueira e Dr. Carlos Francisco de Oliveira

A redução no número de leitos psiquiátricos, que tem contribuído para sobrecarregar a rede hospitalar, sobretudo nos municípios do interior e mesmo em algumas capitais, também foi alvo de críticas durante do Fórum de Psiquiatria. É o caso de Teresina (PI), onde a falta de serviços capazes de acolher e tratar casos de internação em cidades pequenas do Estado obriga a capital piauiense a assumir a responsabilidade de acolhê-

los, muitas vezes sem sucesso.

Essa realidade foi confirmada por Carlos Francisco Almeida de Oliveira, integrante da Câmara Técnica de Psiquiatria do CRM do Piauí. “Nós estamos assistindo, em nossa cidade, o acúmulo de pacientes com transtornos psiquiátricos nas praças. Sobretudo, no caso dos dependentes químicos. Eles levam colchões, se instalam onde podem, e ficam a mercê de qualquer tipo de violência”.

Propostas de diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental é item principal do Fórum.

A Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM, e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) apresentaram durante o Fórum as propostas de diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. Entre as diretrizes apresentadas pelo psiquiatra Salomão Rodrigues Filho, presidente do CRM/GO, está a obrigatoriedade de equipes multiprofissionais para atuarem integralmente na assistência ao doente mental; definir os parâmetros assistenciais a serem alcançados, respeitando a Lei nº 10.216, com atenção primária, secundária e terciária, interagindo com os serviços de emergência; a criação de um serviço de proteção social, vinculado ao Ministério da Ação Social, onde estariam as residências terapêuticas e os centros de convivência. “Essa é a proposta da ABP, exaustivamente discutida”, explicou Salomão.

Ele explicou ainda que alguns programas específicos são necessários, como o de prevenção ao consumo de álcool e drogas para adolescentes e um programa de prevenção a problemas psiquiátricos na infância e na adolescência, que atingem entre 15% e 20% da população. “Hoje, no Brasil não existe um programa específico para enfrentar esse grande problema de saúde pública, que é o álcool e as



Dr. Salomão Rodrigues Filho

drogas. E compete a nós, psiquiatras, provocar, estimular o governo a criar programas específicos nesta área”, explicou Salomão.

Ainda no programa específico de atenção à criança, as diretrizes sugerem a inserção de módulo referente à saúde mental na formação de professores e programações escolares nos primeiro e segundo graus. Além da sistematização da aplicação de diferentes escalas de rastreamento para a doença mental, avaliação de eventuais distúrbios de aprendizado e de comportamento, revisão do ambiente esco-

lar visando à minimização dos fatores de estresse, elaboração de guia de saúde mental visando ao esclarecimento para pais e professores.

O documento menciona ainda a criação de um programa específico para idosos, devido ao aumento progressivo da prevalência de transtornos mentais cognitivos, mais acentuadamente os transtornos demenciais, na medida em que avança a idade. “Como a expectativa de vida do brasileiro vem crescendo progressivamente, os números de doentes mentais se multiplicam espontaneamente”.



Presidente da APBr faz sugestões

O presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília - APBr, Antônio Geraldo da Silva, apresentou a proposta de criação de duas comissões pelo CFM:

- 1) Comissão de implantação das diretrizes no Brasil via CRMs,
- 2) Comissão de atualização permanente das diretrizes

“Esse Fórum é um sinal importante para a psiquiatria, porque nós chegamos dentro do CFM e poderemos realmente fazer algo, unindo o CFM com a ABP”, disse o presidente. Esta e outras sugestões serão levadas à Plenária para avaliação e votação, para posterior implementação.

Residências médicas em psiquiatria têm qualidade questionada

O painel “O ensino da psiquiatria na graduação e a residência médica na especialidade”, tema discutido no Fórum, foi apresentado pelo médico psiquiatra João Romildo Bueno. Ele explicou que “Compete ao CFM lutar para o aumento do número de vagas nas especialidades médicas” e lembrou a extinção dos cursos de pós-graduação *latu sensu* em psiquiatria e a redução da residência médica na especialidade.

Segundo ele, a reforma educacional, da qual participou, criou a residência médica em 1967, época em que havia cursos de especialização. Com o passar dos anos, a residência médica vem diminuindo o que preocupa o CFM, cuja competência é fornecer o título de especialista ao médico graduado. Ele fez críticas à formação acadêmica, “que não forma especialistas”

e lembrou que o extinto Conselho Federal de Educação, sob o pretexto de interiorizar o médico, autorizou a abertura de novas escolas médicas nos grandes centros do país “e ainda há falta de especialistas e uma formação acadêmica que deixa a desejar”.

O médico José Geraldo Taborda sugeriu que o CFM, a APB e a AMB, ou uma comissão conjunta, façam um levantamento detalhado de todos os cursos de especialização e das residências ora existentes. Segundo ele, a idéia é fa-



Dr. João Romildo Bueno

zer com que os cursos deficientes sejam descredenciados. Em relação às residências, as entidades médicas deveriam tomar as medidas legais para descredenciá-las, já que “dezenas de residências médicas são de baixa qualidade”.



Dr. José Geraldo Taborda

A responsabilidade do médico ante o paciente psiquiátrico é limitada

Um dos temas abordados no Fórum foi a responsabilidade do médico ante a autonomia dos pacientes em psiquiatria. O assunto foi exposto pelo médico José Geraldo Taborda. “Ao ferir a autonomia do paciente estaremos causando dano de nature-

za moral?”, indagou o médico. Taborda lembrou que o CEM enfatiza tanto o respeito à autonomia do médico quanto à do paciente, somente esta podendo ser desconsiderada em situações de risco de vida ou emergências médicas.”

Dependência química

A falta de atenção adequada aos usuários de álcool e outras drogas também foi ressaltada pelos participantes do Fórum, realizado no CFM, como um problema grave no âmbito da atenção psiquiátrica no país. De acordo com o integrante da Câmara Técnica e representante do Cremesp, Ronaldo Ramos Laranjeira, a crítica se dirige aos Cen-

tros de Atenção Psicossocial (CAPs), especializados no acompanhamento de pacientes com dependência química. O número de unidades em funcionamento não é suficiente para atender a demanda crescente na população, afirmam os participantes do encontro.

Além disso, eles apontam a falta de leitos de internação preparados para re-

ceber estes casos. A preocupação cresce ainda mais com o fenômeno do crack, droga barata e que tem ampliado muito seu número de usuários em vários estados, transformando-se num problema de saúde pública. Para Emmanuel Fortes, o tema merece uma profunda reflexão, pois a “política antidrogas não combate, mas estimula o consumo”.

Médicos aguardam sanção do Ato Médico

Os médicos parlamentares Ronaldo Caiado (DEM/GO) e Eleuses Paiva (DEM/SP) estão empenhados para que o Projeto de Lei 7703/06, que regulamenta o exercício da medicina, como conhecido como Ato Médico, seja sancionado pelo presidente Lula. O projeto foi aprovado no final do ano passado e define as atividades privativas dos médicos.

O projeto objetiva regulamentar os atos médicos, fortalecendo o conceito de equipe de saúde e respeitando as esferas de competência de cada profissional. Apesar da importância da matéria, a classe médica teme que, em ano eleitoral, o presidente Lula não queira sancionar o projeto para não desagradar outras categorias.

Pela proposta, apenas o médico pode emitir atestado de saúde, indicar internação, autorizar alta médica e as-

sinar atestado de óbito. Por outro lado, não será atribuição exclusiva do médico aplicar injeções, realizar curativos, realizar exames. O PL também torna privativos de médicos outras formas de atuação como a direção e a chefia de serviços médicos; a perícia e a auditoria médicas e a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privativas da carreira médica.

Estiveram presentes no plenário na votação da regulamentação da profis-



Dr. Salomão Rodrigues Filho, Dr. Ronaldo Caiado, Dr. Emmanuel Fortes e Dr. Antônio Geraldo da Silva

são médica, 03 psiquiatras: Emmanuel Fortes, presidente do CRM-AL e vice-presidente do CFM, Salomão Rodrigues Filho, presidente do CRM-GO e Antônio Geraldo da Silva, presidente da Associação Psiquiátrica de Brasília.

Cremsp encontra falhas no atendimento psiquiátrico dos CAPs de São Paulo

Problemas vão da falta de médicos até a ausência de leitos de retaguarda. Foram avaliadas 85 das 230 unidades do estado.

Uma pesquisa inédita do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremsp), realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) do Estado, constatou várias irregularidades no funcionamento dos serviços. A conclusão mais grave, no entanto, é que falta às unidades articulação com o resto da rede de saúde.

O estudo foi realizado entre 2008 e 2009, em 85 das 230 unidades do estado. Também foram avaliados, 425 prontuários. O roteiro das visitas teve como referência o cumprimento da Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, que define as regras para o funcionamento dos Caps. De acordo com o conselheiro do Cremsp e psiquiatra Mauro Aranha, ao longo dos últimos

anos o atendimento psiquiátrico no país foi concentrado nos CAPs – o que torna ainda mais relevante e preocupante os resultados da pesquisa.

Existem hoje no país 1.467 CAPs. Número considerado pequeno pelos psiquiatras, “uma vez que os transtornos mentais são responsáveis por mais de 12% das incapacitações por doenças em geral”, revela o estudo.

CONFIRA A MATÉRIA NA ÍNTEGRA, COM O RESULTADO DETALHADO DA PESQUISA NO NOSSO SITE
www.apbr.com.br

Sua prescrição pode refletir no prognóstico de seu paciente.



- Na esquizofrenia, recaídas estão associadas com piores prognósticos.¹
- Risperdal® Consta® reduz recaídas e hospitalizações.^{2,3*}
- Risperdal® Consta® tem melhor perfil de efeitos colaterais e menores níveis de prolactina do que a risperidona oral.⁴

*Em estudo comparativo com quetiapina (recaída) e com pacientes previamente tratados com risperidona oral (hospitalização)



Interação Medicamentosa: carbamazepina.

Contraindicação: hipersensibilidade à risperidona ou a qualquer componente da fórmula.

Risperdal® Consta® (risperidona). Forma farmacêutica e apresentações: Pó injetável e diluente em embalagem contendo: 1 frasco-ampola com pó injetável (25 mg; 37,5 mg ou 50 mg de risperidona), 1 seringa preenchida contendo 2 mL de diluente para reconstituição, 1 dispositivo (SmartSite®) para auxiliar na reconstituição e 1 agulha (Needle-Pro®) para aplicação no paciente. **Uso adulto. Indicações e posologia:** tratamento de pacientes com esquizofrenia, incluindo o primeiro episódio psicótico, exacerbações esquizofrênicas agudas, esquizofrenia crônica e outros transtornos psicóticos, nos quais sintomas positivos e/ou negativos sejam proeminentes. Manutenção da melhora clínica, durante o tratamento de manutenção em pacientes que tenham apresentado uma resposta inicial ao tratamento com a risperidona por via oral. Deve ser administrado a cada duas semanas por injeção intramuscular profunda na região glútea, alternando-se o lado da aplicação da injeção. Não administrar por via intravenosa. **Adultos:** dose recomendada é 25 mg em injeção intramuscular a cada 2 semanas. Alguns pacientes podem se beneficiar de doses maiores, de 37,5 mg ou 50 mg. Em estudos clínicos com 75 mg não foram observados benefícios adicionais. Doses maiores que 50 mg por duas semanas não são recomendadas. Cobertura antipsicótica suficiente deve ser assegurada durante o intervalo de 3 semanas após a primeira injeção. A dose não deve ser aumentada com frequência maior do que 1 vez a cada 4 semanas. O efeito do ajuste posológico não deve ser esperado antes de 3 semanas após o aumento da dose. **Idosos:** a dose recomendada é de 25 mg em injeção intramuscular a cada 2 semanas. **Pacientes com insuficiência renal ou hepática:** não foi estudado em pacientes com insuficiência hepática e renal. Se houver necessidade de tratar este grupo de pacientes, recomenda-se iniciar o tratamento com 0,5 mg de risperidona, por via oral, 2 vezes/dia, durante a primeira semana. Na segunda semana, pode-se administrar 1 mg duas vezes ao dia ou 2 mg uma vez ao dia. Se uma dose oral de pelo menos 2 mg/dia for bem tolerada, Risperdal® Consta® (na dose de 25 mg) pode ser administrado a cada 2 semanas. **Contra-indicações:** hipersensibilidade à risperidona ou a qualquer componente da fórmula. **Precauções e advertências:** Em pacientes virgens de tratamento com a risperidona, recomenda-se estabelecer a tolerabilidade da risperidona oral, antes de iniciar o tratamento com Risperdal® Consta®. Pacientes idosos com demência tratados com antipsicóticos atípicos tiveram um aumento na mortalidade quando comparado a placebo. Em estudos clínicos de Risperdal® controlados com placebo nesta população, a incidência de mortalidade foi 4,0% para pacientes tratados com Risperdal® comparado a 3,1% em pacientes tratados com placebo. A idade média de pacientes que vieram à óbito era 86 anos (intervalo de 67 a 100 anos). Em estudos controlados de Risperdal® com placebo em pacientes idosos com demência, uma maior incidência de mortalidade foi observada em pacientes tratados com furosemida e risperidona quando comparado aos pacientes tratados com risperidona isolada ou furosemida isolada. O aumento na mortalidade em pacientes tratados com furosemida e risperidona foi observado em dois de quatro estudos clínicos. Deve-se ter cautela e avaliar os riscos e benefícios desta combinação antes da decisão de uso. Não houve aumento na incidência de mortalidade entre pacientes recebendo outros diuréticos concomitantemente com risperidona. Independente do tratamento, desidratação foi um fator geral de risco para mortalidade e deve, portanto, ser evitada cuidadosamente em pacientes idosos com demência. Eventos adversos vasculares cerebrais: estudos clínicos controlados com placebo realizados em pacientes idosos com demência mostraram uma incidência maior de eventos adversos vasculares cerebrais (acidentes vasculares cerebrais e episódios de isquemia transitória), incluindo óbitos, em pacientes (idade média: 85 anos, intervalo de 73 a 97 anos) tratados com Risperdal® comparados aos que receberam placebo. Cautela em: doença cardiovascular (devido a possibilidade de ocorrência de hipotensão ortostática), discinesia tardia, sintomas extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna, insuficiência renal ou hepática, doença de Parkinson ou Demência com Corpos de Lewy, epilepsia e hiperglicemia (diabetes preexistente). A segurança durante a gestação não está estabelecida. Sintomas extrapiramidais reversíveis em neonatais foram observados pós-comercialização da risperidona durante o último trimestre de gravidez. Portanto, Risperdal® Consta® só deve ser usado durante a gestação se os benefícios compensarem os riscos. Mulheres em uso de Risperdal® Consta® não devem amamentar. O risco-benefício deve ser avaliado ao prescrever antipsicóticos, incluindo Risperdal® Consta®, para pacientes com demência de corpos de Lewy ou Doença de Parkinson, em razão do possível aumento do risco de síndrome neuroléptica maligna ou da piora dos sintomas parkinsonianos. Assim como com outros antipsicóticos, deve-se ter cuidado ao prescrever Risperdal® Consta® em pacientes com história de arritmias cardíacas, em pacientes com síndrome do intervalo QT prolongado e em uso concomitante de medicamentos que sabidamente prolongam o intervalo QT. A risperidona pode interferir com atividades que exijam atenção. Durante o tratamento o paciente não deve dirigir veículos ou operar máquinas, pois sua habilidade e atenção podem estar prejudicadas. Risperdal® Consta® pode intensificar o efeito do álcool. Assim, não tome bebidas alcoólicas enquanto estiver fazendo uso do produto. **Interações medicamentosas:** possível antagonismo da levodopa e outros agentes dopaminérgicos. A carbamazepina pode reduzir os níveis plasmáticos da fração antipsicótica ativa da risperidona. Na descontinuação do uso de carbamazepina ou de outros indutores de enzimas hepáticas, a dose de risperidona deve ser reavaliada e, se necessário, reduzida. O topiramato reduz moderadamente a biodisponibilidade da risperidona, mas não da fração antipsicótica ativa. Portanto, esta interação provavelmente não apresenta significância clínica. Fenotiazínicos, antidepressivos tricíclicos e beta-bloqueadores podem aumentar as concentrações plasmáticas da risperidona. Cimetidina e ranitidina aumentam a biodisponibilidade da risperidona, mas apenas de forma marginal a biodisponibilidade da fração antipsicótica ativa. Fluoxetina e paroxetina, inibidores do CYP 2D6, aumentam a concentração plasmática de risperidona, mas menos que a concentração da fração antipsicótica ativa. Quando fluoxetina ou paroxetina é iniciada concomitantemente ou descontinuada, o médico deve reavaliar a dose de Risperdal® Consta®. Veja, no item "Advertências e Precauções", o aumento da mortalidade em pacientes idosos com demência recebendo furosemida oral concomitantemente com Risperdal®. **Reações adversas:** efeitos colaterais muito comuns (mais de 1 em 10 pacientes) talvez incluam: dificuldade para dormir, ansiedade, depressão, irritabilidade e dificuldade em permanecer parado; dor de cabeça, infecção no nariz e na garganta; tremores, redução e rigidez dos movimentos, postura instável. Efeitos colaterais comuns (mais de 1 em 100 pacientes mas menos que 1 em 10 pacientes): irritabilidade, inquietude, aumento de peso, constipação, tontura, dor nas costas, fadiga, gripe, diarreia, náusea, vômito, espasmo muscular, dor nos braços e nas pernas, tosse, sonolência, dor articular, infecção das vias aéreas, desconforto estomacal, aumento do nível sanguíneo do hormônio prolactina, distúrbio do sono, dor de dente, movimentos involuntários da face ou músculos dos membros, pressão arterial alta, erupção cutânea, secreção excessiva de saliva, infecção do trato urinário, congestão nasal, garganta inflamada, boca seca, sono, perda de peso, dor abdominal, dor no local da administração, dor muscular, aumento da temperatura corpórea, fraqueza muscular, ausência de menstruação, enzimas hepáticas aumentadas, queda, batimentos cardíacos acelerados, dificuldade de respirar, disfunção erétil, visão turva, dor torácica, inchaço dos braços e das pernas, secreção nas mamas, diminuição da hemoglobinas ou da contagem de hemácias (anemia), pressão arterial baixa, incontinência urinária, vermelhidão na pele, infecção estomacal, açúcar sanguíneo aumentado, infecção do ouvido, infecção pulmonar (pneumonia), infecção nasal, conjuntivite, condução elétrica anormal do coração, traçado elétrico anormal do coração (ECG), quadro semelhante à gripe, infecção sinus, infecção viral, sensação de tontura quando está parado. **Superdose:** Sintomas: sonolência e sedação, taquicardia e hipotensão arterial e sintomas extrapiramidais. Aumento do intervalo QT e convulsões foram relatados com superdose. Torsade de Pointes foi relatado em combinação de uso de Risperdal® oral e paroxetina. Em caso de superdose aguda, deve-se considerar a possibilidade do envolvimento de múltiplos fármacos. Tratamento: estabelecer e manter vias aéreas livres, garantindo boa ventilação, com oxigenação adequada. Monitorização cardiovascular deve ser instituída imediatamente, incluindo ECG contínuo para detecção de possíveis arritmias. Não existe antídoto específico para Risperdal® Consta®. Portanto, apenas medidas de suporte devem ser instituídas. Hipotensão arterial e colapso circulatório devem ser tratados com medidas adequadas, como infusão de líquidos e/ou administração de agentes simpatomiméticos. Na ocorrência de sintomas extrapiramidais graves, medicação anticolinérgica deve ser administrada. Monitorização intensiva, com rigorosa supervisão médica, deve ser mantida até a recuperação do paciente. **Venda sob prescrição médica, com retenção da receita. A persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado. Janssen-Cilag Farmacêutica. Reg. MS -1.1236.0031. Informações adicionais para prescrição: vide bula completa. INFOC 0800.7013017 - www.janssencilag.com.br Cód: R-CDS1008_NovalIndicação.**

REFERÊNCIAS: 1. Taylor M e cols. Towards Consensus in the Long-Term Management of Relapse Prevention in Schizophrenia. Hum Psychopharmacol. 2005; 20(3):175-81. **INFOC Nº 15693052.** 2. Medori R e cols. Relapse Prevention and Effectiveness in Schizophrenia with Risperidone Long-Acting Injectable (RLAI) Versus Quetiapine. Poster nº 4-402 apresentado no 161º Encontro da American Psychiatry Association (APA), EUA, 2008. **INFOC Nº 249301.** 3. Schmauss M e cols. Efficacy and Safety of Risperidone Long-Acting Injectable in Stable Psychotic Patients Previously Treated With Oral Risperidone. Int Clin Psychopharmacol. 2007; 22(2):85-92. **INFOC Nº 17293708.** 4. Bai YM e cols. A Comparative Efficacy and Safety Study of Long-Acting Risperidone Injection and Risperidone Oral Tablets Among Hospitalized Patients: 12-Week Randomized, Single-Blind Study. Pharmacopsychiatry. 2006; 39(4):135-41. **INFOC Nº 16900609.**

Reprodução e Distribuição Proibidas



JANSSEN-CILAG
FARMACÊUTICA



INFOC
Informações Científicas
0800 7013017
www.portalmid.com.br