

Nota Técnica 59609

Data de conclusão: 03/01/2022 18:40:01

Paciente

Idade: 50 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Alegrete/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2ª Unidade Avançada de Atendimento em Alegrete

Tecnologia 59609

CID: F20 - Esquizofrenia

Diagnóstico: Esquizofrenia, Episódio depressivo e Transtorno obsessivo-compulsivo

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: MALEATO DE FLUVOXAMINA

Via de administração: VO

Posologia: maleato de fluvoxamina 100 mg, tomar 2 comprimidos à noite.

Uso contínuo? Sim

Duração do tratamento: (Indeterminado)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: MALEATO DE FLUVOXAMINA

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Há agentes antidepressivos fornecidos pelo SUS, como fluoxetina, amitriptilina e sertralina

Existe Genérico? Sim

Existe Similar? Sim

Descrever as opções disponíveis de Genérico ou Similar: Vide a tabela do CMED

Custo da Tecnologia

Tecnologia: MALEATO DE FLUVOXAMINA

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: 190,25

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: MALEATO DE FLUVOXAMINA

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: MALEATO DE FLUVOXAMINA

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A fluvoxamina é classificada como um antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina (ISRS) (23). Foi o primeiro ISRS lançado, mundialmente, para o tratamento de TDM. Nos Estados Unidos, em contrapartida, possui aprovação para uso no tratamento de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e de Transtornos de Ansiedade. De forma similar a sertralina, além da ação inibitória na recaptação da serotonina, a fluvoxamina possui interação com receptores σ_1 . Os receptores σ_1 são proteínas transmembranas envolvidas na modulação da atividade de canais de cálcio, cuja disfunção foi associada a múltiplas patologias, como esquizofrenia. Tal mecanismo de ação pode justificar a atividade terapêutica da fluvoxamina (e da sertralina) no tratamento de, por exemplo, depressão com sintomas psicóticos.

Com relação o uso de fluvoxamina no tratamento de TDM, revisão sistemática e meta-análise em rede de ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados avaliou a eficácia e segurança de 21 antidepressivos (13). Foram incluídos 522 estudos, envolvendo 116.477 participantes e 21 antidepressivos (agomelatina, amitriptilina, bupropiona, citalopram, clomipramina, desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, levomilnacipran, milnaciprano, mirtazapina, nefazodona, paroxetina, paroxetina, sertralina, trazodona, venlafaxina, vilazodona e vortioxetina). Dentre eles, 32 estudos compararam a fluvoxamina com placebo ou com outra substância ativa. Em termos de eficácia, todos os antidepressivos mostraram eficácia superior ao placebo e alguns antidepressivos apresentaram eficácia superior aos demais. Nessa linha, agomelatina, amitriptilina (OR=2,13; IC95% 1,89-2,41), escitalopram, mirtazapina, paroxetina, venlafaxina e vortioxetina obtiveram desempenho superior a fluoxetina, fluvoxamina (OR=1,69; IC95% 1,41-2,02), reboxetina e trazodona no tratamento de TDM. Além de menor eficácia, a fluvoxamina (OR=1,10; IC95% 0,91-1,33) apresentou menor aceitabilidade do que, por exemplo, fluoxetina (OR=0,88; IC95% 0,80-0,96). Constatou-se, portanto, que a fluvoxamina deve ser prescrita depois de exauridas alternativas com maior eficácia e tolerabilidade.

Imagina-se que, para o caso em tela, buscou-se antidepressivo que pudesse apresentar ação nos sintomas obsessivo-compulsivos, descritos em laudo médico. Revisão sistemática e meta-análise em rede de ensaios clínicos randomizados e controlados avaliou diferentes tratamentos para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) (25). Foram incluídos 53 artigos, totalizando 6.652 participantes. Dentre eles, 13 ensaios clínicos randomizados (n=521) sobre a eficácia e segurança do uso de fluvoxamina no tratamento de TOC. Fluvoxamina mostrou-se superior ao placebo, mas igualmente eficaz a outros ISRS (como a fluoxetina, disponível no SUS) e a clomipramina (também disponível no SUS).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Espera-se eficácia equivalente, ou mesmo inferior, às alternativas disponíveis pelo SUS

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: MALEATO DE FLUVOXAMINA

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Conforme consta em diretrizes internacionais e após exame das evidências científicas, há múltiplas alternativas medicamentosas para o manejo de TDM, diversas delas disponibilizadas pelo SUS e não há evidência de que a fluvoxamina seja superior a estas.

Destaca-se, portanto, que o caso em tela não esgotou as opções medicamentosas disponibilizadas pelo SUS. Ainda que tivesse utilizado os medicamentos, para caracterizar refratariedade faz-se necessário uso da medicação, em dose otimizada, por um tempo mínimo. Ainda, é digno de nota interação medicamentosa entre os fármacos fluvoxamina e olanzapina. A fluvoxamina possui ação inibitória sobre a enzima CYP 1A2. De forma que fármacos por ela degradados, como a olanzapina, terão sua concentração sérica aumentada. Ou seja, para uso concomitante das duas medicações é necessário ajuste cuidadoso de doses.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: [1. Murray CJ, Abraham J, Ali MK, Alvarado M, Atkinson C, Baddour LM, et al. The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors. Jama. 2013;310\(6\):591–606.](#)

[2. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev. 2008;30\(1\):67–76.](#)

[3. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.](#)

[4. Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia in adults: Epidemiology and pathogenesis. UptoDate. 2020.](#)

[5. Samuel G Siris, Raphael J Braga. Depression in schizophrenia. 2020.](#)

[6. Hausmann A, Fleischhacker W. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. Acta Psychiatr Scand. 2002;106\(2\):83–96.](#)

[7. Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? Schizophr Bull. 2017;43\(2\):240–4.](#)

[8. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2007;90\(1–3\):186–97.](#)

[9. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. Br J Psychiatry. 2005;187\(1\):9–20.](#)

[10. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Esquizofrenia \[Internet\]. 2013. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-esquizofrenia-livro-2013.pdf>](#)

[11. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2020;177\(9\):868–72.](#)

[12. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. Can J Psychiatry. 2017;62\(9\):604–16.](#)

[13. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Focus. 2018;16\(4\):420–9.](#)

[14. Cipriani A, Santilli C, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, McGuire H, et al.](#)

[Escitalopram versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2009;\(2\).](#)

15. [Cipriani A, Purgato M, Furukawa TA, Trespidi C, Imperadore G, Signoretti A, et al. Citalopram versus other anti-depressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2012;\(7\).](#)

16. [Girardi P, Pompili M, Innamorati M, Mancini M, Serafini G, Mazzarini L, et al. Duloxetine in acute major depression: review of comparisons to placebo and standard antidepressants using dissimilar methods. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2009;24\(3\):177–90.](#)

17. [Undurraga J, Tondo L, Schalkwijk S, Vieta E, Baldessarini RJ. Re-analysis of the earliest controlled trials of imipramine. J Affect Disord. 2013;147\(1–3\):451–4.](#)

18. [Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, Churchill R, et al. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2011;\(12\).](#)

19. [Barbui C, Furukawa TA, Cipriani A. Effectiveness of paroxetine in the treatment of acute major depression in adults: a systematic re-examination of published and unpublished data from randomized trials. Cmaj. 2008;178\(3\):296–305.](#)

20. [Cipriani A, La Ferla T, Furukawa TA, Signoretti A, Nakagawa A, Churchill R, et al. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2010;\(1\).](#)

21. [Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments \(CANMAT\) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 3. Pharmacological treatments. Can J Psychiatry. 2016;61\(9\):540–60.](#)

22. [Cordioli AV, Gallois CB, Isolan L. Psicofármacos-: Consulta Rápida. Artmed Editora; 2015.](#)

23. [Stahl SMP, Psicofarmacologia SM. Bases neurocientíficas e aplicações práticas. Bras REIS Irismar. 2014;](#)

24. [Li T, Puhan MA, Vedula SS, Singh S, Dickersin K. Network meta-analysis-highly attractive but more methodological research is needed. BMC Med. 2011;9\(1\):79.](#)

25. [Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, et al. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2016;3\(8\):730–9.](#)

26. [Khoo AL, Zhou HJ, Teng M, Lin L, Zhao YJ, Soh LB, et al. Network meta-analysis and cost-effectiveness analysis of new generation antidepressants. CNS Drugs. 2015;29\(8\):695–712.](#)

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS-UFRGS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme consta em laudo de médico psiquiatra (Evento 1, PROC2, Página 23), a parte autora, com 47 anos de idade, possui diagnóstico de esquizofrenia e de Transtorno Depressivo Maior (TDM). Apresenta quadro crônico, de difícil manejo, com sintomatologia persistente de alucinações auditivas com vozes de comando, de diminuição de vontade, de dificuldades cognitivas e de estereotipias (que remetem ao diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo ou TOC). Por esse motivo, pleiteia em processo os fármacos 1- aripiprazol 10 mg/dia; 2- trazodona 100 mg/dia; 3- lurasidona 80 mg/dia; 4- fluvoxamina 200 mg/dia; e 5- olanzapina 10 mg/dia. Ademais, conforme laudo de médico cirurgião vascular (Evento 1, PROC2, Página 20) possui diagnóstico de Trombose Venosa Profunda com recidiva e, por esse motivo, faz uso de apixabana. A presente nota técnica versará sobre a prescrição de fluvoxamina para o tratamento de TDM, em paciente com

diagnóstico de esquizofrenia.

A esquizofrenia está entre as dez doenças médicas mais incapacitantes e com maior impacto econômico (1). Mundialmente, a prevalência de esquizofrenia é de 1% e a incidência anual de 1,5 novos casos para cada 10.000 habitantes (2). Caracteriza-se por sintomas positivos, como alucinações ou delírios; por discurso desorganizado; por sintomas negativos, como afeto embotado ou incongruências nas respostas emocionais; e por deficiências na cognição, incluindo atenção, memória e funções executivas (3). Tem-se, portanto, importantes prejuízos no funcionamento social e ocupacional.

Os primeiros sintomas normalmente aparecem durante a adolescência e início da vida adulta: entre 18 e 25 anos para homens e entre 25 e 35 anos para mulheres (3). É bastante comum a ocorrência de psicopatologias associadas, como ansiedade, uso de substâncias e TDM (4). De fato, ao longo de suas vidas, cerca de um quarto dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia receberão diagnóstico comórbido de TDM (5).

Para diagnóstico de TDM é necessário, pelo menos, duas semanas com humor deprimido ou anedonia acompanhada da maioria dos seguintes sintomas: insônia ou hipersonia, mudança no apetite ou peso, retardo psicomotor ou agitação, baixa energia, baixa concentração, pensamentos de inutilidade ou culpa e pensamentos recorrentes sobre morte ou suicídio (3). Tendo em vista que alguns sintomas de esquizofrenia sobrepõem-se a sintomatologia depressiva, o diagnóstico de TDM torna-se especialmente complexo em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (5-7).

Quando comórbida à esquizofrenia, o TDM tende a agravar o prognóstico do paciente, aumentando o número de internações psiquiátricas, prolongando a duração das hospitalizações e reduzindo a resposta a intervenções psicofarmacológicas (8). Consequentemente, há associação com maiores taxas de tentativa e de óbito por suicídio (9). Conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Esquizofrenia, publicado pelo Ministério da Saúde, utilizam-se medicamentos antipsicóticos como tratamento de primeira linha para esquizofrenia (10). Há, atualmente, múltiplos fármacos antipsicóticos disponíveis pelo SUS. Mais precisamente, haloperidol, clorpromazina, decanoato de haloperidol, risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina e clozapina. Diretrizes nacional e internacionais indicam que todos os antipsicóticos, com exceção de clozapina, podem ser utilizados no tratamento inicial de esquizofrenia, sem ordem de preferência (10-12). Em caso de falha terapêutica, recomendam uma segunda tentativa com algum outro antipsicótico. Diante da refratariedade a pelo menos dois medicamentos, bem como risco alto de suicídio ou de discinesia tardia, sugerem clozapina. Para o manejo de TDM comórbido à esquizofrenia, antidepressivos podem ser utilizados como adjuvantes aos fármacos antipsicóticos (5).

Diversos antidepressivos, de diferentes mecanismos de ação, podem ser utilizados no tratamento de TDM (13). De fato, metanálises de ensaios clínicos randomizados demonstram eficácia de amitriptilina (14), citalopram (15), duloxetina (16), escitalopram (14), imipramina (17), mirtazapina (18), paroxetina (19), sertralina (20), entre outros. Tendo em vista as inúmeras alternativas disponíveis, diretrizes internacionais recomendam a seleção de antidepressivos conforme perfil de efeitos adversos e potenciais interações medicamentosas, ambos individualizados ao paciente (21). Fármacos recomendados como primeira linha de tratamento de TDM estão disponíveis pelo SUS (por exemplo, sertralina e fluoxetina) (21). Nesse ponto, é interessante frisar que, de forma a diagnosticar refratariedade ao tratamento, deve-se utilizar dose otimizada por período de tempo mínimo. Na ausência de resposta, pode-se aumentar a dose se dentro dos limites terapêuticos. No caso em tela, referiu-se em prescrição médica a utilização prévia de fluoxetina 80 mg/dia, excedendo a dose máxima diária, sem resposta terapêutica. Não consta, contudo, doses e tempo de uso dos fármacos imipramina e amitriptilina (21,22).