

# Nota Técnica 89522

Data de conclusão: 10/08/2022 18:44:08

## Paciente

---

**Idade:** 49 anos

**Sexo:** Feminino

**Cidade:** Canguçu/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 Vara Federal de Pelotas

## Tecnologia 89522

---

**CID:** F31.3 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

**Diagnóstico:** Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo leve ou moderado

**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:** ARIPIPRAZOL

**Via de administração:** VO

**Posologia:** usar, por via oral, um comprimido de 10 mg ao dia por tempo indeterminado.

**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:** ARIPIPRAZOL

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** estão disponíveis para o tratamento do THB o carbonato de lítio, ácido valpróico, carbamazepina, lamotrigina, risperidona, quetiapina, olanzapina, clozapina, haloperidol e fluoxetina, além do cloridrato de amitriptilina, cloridrato de clomipramina, cloridrato de nortriptilina e sertralina, esta última disponível pelo Programa de Medicamentos Especiais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (12).

**Existe Genérico?** Sim

**Existe Similar?** Sim

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

### **Custo da Tecnologia**

---

**Tecnologia:** ARIPIPRAZOL

**Laboratório:** -

**Marca Comercial:** -

**Apresentação:** -

**Preço de Fábrica:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** 82,52

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

### **Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal**

---

**Tecnologia:** ARIPIPRAZOL

**Dose Diária Recomendada:** -

**Preço Máximo de Venda ao Governo:** -

**Preço Máximo ao Consumidor:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

## **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia:** ARIPIPAZOL

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** O aripiprazol é um antagonista parcial dos receptores dopaminérgicos que, dependendo da concentração plasmática, age ou como agonista ou como antagonista serotoninérgico [\(17,18\)](#). O aripiprazol é um medicamento da classe dos antipsicóticos atípicos, bem como múltiplos fármacos disponíveis pelo SUS (por exemplo, a risperidona, a quetiapina, a clozapina e a olanzapina) [\(16\)](#). Antipsicóticos atípicos possuem menor afinidade por receptores dopaminérgicos e interagem com outros receptores, como serotoninérgicos e noradrenérgicos, quando comparados com os antipsicóticos típicos (como haloperidol e clorpromazina). Apesar de apresentarem menos efeitos adversos extrapiramidais, os antipsicóticos atípicos estão associados a efeitos adversos cardiometabólicos, como ganho de peso [\(19\)](#). A dose recomendada de aripiprazol é de 10 a 30 mg/dia.

Com relação ao aripiprazol para tratamento de manutenção do THB, meta-análise em rede, publicada em 2020, comparou a eficácia de múltiplas alternativas terapêuticas no tratamento de manutenção do THB [\(20\)](#). O desfecho principal foi recorrência ou recaída da doença, bem como interrupção do tratamento. Quarenta e um estudos foram identificados, totalizando 9.821 participantes. Aripiprazol, bem como a combinação de aripiprazol com lamotrigina, mostraram-se superiores ao placebo na prevenção de novos episódios de mania (RR 0,42; IC95% 0,21 a 0,84 e RR 0,51; IC95% 0,27 a 0,99 respectivamente); contudo, não diferiram de placebo na prevenção de novos episódios de depressão (RR 0,90 IC95% 0,41 a 1,94 e RR 0,57; IC95% 0,31 a 1,04 respectivamente). Aripiprazol em monoterapia ou em combinação não se mostrou superior às alternativas disponíveis pelo SUS (lítio, carbamazepina, lamotrigina, olanzapina, quetiapina e ácido valpróico) no que tange a eficácia (avaliada pelo número de recaídas).

Revisão sistemática, publicada em 2020, avaliou a eficácia e segurança em longo prazo da utilização de antipsicóticos atípicos no tratamento de manutenção do THB [\(21\)](#). Foi encontrado apenas um ensaio clínico randomizado, duplo-cego e controlado por placebo que acompanhou participantes por 52 semanas [\(22\)](#). Duzentos e sessenta e seis participantes foram randomizados em dois grupos: aripiprazol injetável mensal (n=133) e placebo (n=133). Ao final das 52 semanas de seguimento, menor número de participantes em uso de aripiprazol havia apresentado recorrência da doença (26,5% vs 51,1%; OR 0,45; IC95% 0,30 a 0,68; P<0,0001). Em contrapartida, pacientes manejados com aripiprazol exibiram maiores taxas de eventos adversos, em especial de ganho de peso (23,5% vs. 18,0%) e de sintomas extrapiramidais (27,3% vs 16,5%).

Acerca do perfil de toxicidade dos fármacos antipsicóticos, revisão sistemática descreveu o risco de interrupção do tratamento devido a eventos adversos, em especial a ganho de peso (superior a 7% do peso) e sonolência, durante o tratamento agudo e de manutenção do THB com estabilizadores de humor ou antipsicóticos [\(23\)](#). Calculou-se o Número Necessário para Causar Dano (do inglês, Number Needed to Harm ou NNH), que consiste em uma medida epidemiológica que indica quantas pessoas precisam ser expostas a um fator (intervenção) ao

longo de um período específico para uma delas sofrer danos decorrentes desse fator. Quanto maior o número, mais seguro o medicamento. Constatou-se que todos os medicamentos estudados no THB foram relativamente bem tolerados durante as diferentes fases do tratamento; no entanto, o risco de ganho de peso e sonolência de curto e longo prazo variou amplamente entre os psicotrópicos incluídos. Nessa linha, o aripiprazol (NNH 44) apresentou NNH médio similar às alternativas disponíveis pelo SUS, em especial à olanzapina (NNH 113) e à risperidona (NNH 144). Em contrapartida, no que tange ganho de peso, o aripiprazol (NNH 78) mostrou perfil de toxicidade favorável quando comparado à olanzapina (NNH 9), por exemplo.

Em consulta à tabela CMED em maio de 2022 e com os dados de prescrição juntados ao processo, foi elaborada a tabela acima.

Não foram encontrados estudos de custo-efetividade adequados à realidade brasileira comparando aripiprazol com alternativas disponíveis no SUS. Em análise de custo-efetividade realizada pelo governo canadense, o tratamento com aripiprazol foi associado a menores custos médicos em comparação com olanzapina, quetiapina, risperidona e ziprasidona [\(24\)](#). Dessa forma, o aripiprazol em monoterapia ou em combinação com estabilizadores de humor foi recomendado como terapia de primeira linha para o tratamento farmacológico da mania aguda e para terapia de manutenção. Nessa linha, estudo de custo-efetividade sueco evidenciou que, em função de menor efeito adverso metabólico, o aripiprazol geraria economia de custo incremental de 28,447 SEK com 0,04 anos de vida adicionais e 0,09 QALYs adicionais quando comparado à olanzapina [\(25\)](#).

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** prevenção de recorrência ou recaída de episódios de mania, sem demonstrar superioridade, em termos de eficácia, às alternativas disponíveis pelo SUS.

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

---

## Conclusão

**Tecnologia:** ARIPIPAZOL

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** A prescrição de aripiprazol no tratamento de manutenção do THB possui embasamento científico adequado: estão disponíveis estudos de qualidade metodológica indicando ação do aripiprazol, após remissão dos sintomas, na redução no número de recaídas de episódios de mania.

O aripiprazol, contudo, não se mostrou mais eficaz do que alternativas disponíveis pelo SUS para tratamento de manutenção do THB. Considerando as informações disponíveis nos autos, observa-se que existem múltiplas alternativas terapêuticas disponíveis pelo SUS.

**Há evidências científicas?** Sim

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

**Referências bibliográficas:** [1. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Soczynska JK, Szpindel I, Bilkey TS, Almador D, et al. The effect of lisdexamfetamine dimesylate on body weight, metabolic parameters, and attention deficit hyperactivity disorder symptomatology in adults with bipolar I/II](#)

- disorder. *Hum Psychopharmacol Clin Exp*. 2013;28(5):421–7.
2. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2018;20(2):97–170.
3. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora; 2014.
4. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241–51.
5. Trisha Suppes. *Bipolar disorder in adults: Clinical features*. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
6. Baldessarini R, Tondo L, Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(5):383–92.
7. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(6):530–7.
8. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003;6(2):127–37.
9. Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA, Maser JD, Coryell W, Endicott J, et al. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord*. 2008;108(1–2):49–58.
10. Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Gutiérrez-Ariza JA, Ruiz-Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. *Bipolar Disord*. 2008;10(5):625–34.
11. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo J, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord*. 2016;18(5):440–50.
12. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I* [Internet]. 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>
13. Richard C Shelton, William V Bobo. *Bipolar major depression in adults: Choosing treatment*. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
14. Richard C Shelton, William V Bobo. *Bipolar major depression in adults: Efficacy and adverse effects of second-generation antipsychotics*. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
15. Richard C Shelton, William V Bobo. *Bipolar major depression in adults: Efficacy and adverse effects of antidepressants*. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
16. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). *Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona para o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar* [Internet]. 2015. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Relatorio\\_TranstornoBipolar\\_CP.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorio_TranstornoBipolar_CP.pdf)
17. Erickson CA, Stigler KA, Posey DJ, McDougall CJ. Aripiprazole in autism spectrum disorders and fragile X syndrome. *Neurotherapeutics*. 2010;7(3):258–63.
18. Schatzberg AF, DeBattista C. *Manual de psicofarmacologia clínica*. Artmed Editora; 2016.
19. Lieberman JA, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England journal of Medicine*. 2005;353(12):1209–23.

20. Kishi T, Ikuta T, Matsuda Y, Sakuma K, Okuya M, Mishima K, et al. Mood stabilizers and/or antipsychotics for bipolar disorder in the maintenance phase: a systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *Mol Psychiatry*. 2020;1–12.
21. Escudero MAG, Gutiérrez-Rojas L, Lahera G. Second Generation Antipsychotics Monotherapy as Maintenance Treatment for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Long-Term Studies. *Psychiatr Q*. 2020;1–14.
22. Calabrese JR, Sanchez R, Jin N, Amati J, Cox K, Johnson B, et al. Efficacy and safety of aripiprazole once-monthly in the maintenance treatment of bipolar I disorder: a double-blind, placebo-controlled, 52-week randomized withdrawal study. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(3):324–31.
23. Bai Y, Yang H, Chen G, Gao K. Acceptability of Acute and Maintenance Pharmacotherapy of Bipolar Disorder: A Systematic Review of Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trials. *J Clin Psychopharmacol*. 2020;40(2):167–79.
24. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Aripiprazole for Patients with Bipolar Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness and Guidelines. [Internet]. 2016. Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/may-2016/RC0780%20Aripiprazole%20for%20Bipolar%20Disorder%20Final.pdf>
25. Kasteng F, Eriksson J, Sennfalt K, Lindgren P. Metabolic effects and cost-effectiveness of aripiprazole versus olanzapine in schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(3):214–25.

**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 médico (Evento 1, FORM8, Página 1), a parte autora possui diagnóstico de Transtorno de Humor Bipolar. Em função disso, faz uso de aripiprazol 10 mg ao dia e de buspirona 10 mg ao dia. Há relato de uso prévio de risperidona, de carbonato de lítio, de ácido valpróico e de carbamazepina, sem detalhes acerca da dose utilizada, do tempo de uso e do motivo de interrupção. O presente parecer técnico versará sobre a utilização de aripiprazol no tratamento de Transtorno de Humor Bipolar.

O Transtorno de Humor Bipolar (THB) é uma doença psiquiátrica caracterizada por episódios de mania ou de hipomania e de depressão (1,2). O episódio de mania clássica envolve humor elevado e eufórico, marcado por desinibição e expansividade a despeito de normais sociais. Há aumento de energia com impulsividade e envolvimento em atividades de risco, trazendo importante prejuízo ao paciente. Em contrapartida, os episódios de depressão são qualificados por tristeza e anedonia (falta de prazer). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o diagnóstico de depressão bipolar consiste na combinação de tristeza e anedonia com, pelo menos, quatro outros sintomas (por exemplo, mudanças no padrão de sono, de apetite, de energia, de atividade psicomotora, de concentração e de pensamento) com duração mínima de duas semanas (3). Podem ocorrer pensamentos de ruína que, quando impassíveis, são denominados de delírios.

Globalmente, o THB possui prevalência estimada de 2,4% ao longo da vida - ou seja, trata-se de uma doença relativamente comum (4). No Brasil, encontrou-se prevalência estimada ao longo da vida de 0,9%. Os primeiros sintomas, em geral, aparecem no final da adolescência e início da vida adulta (5). A maioria dos pacientes apresenta-se, inicialmente, em episódio depressivo (6). Normalmente, episódios de mania, hipomania e depressão consomem cerca de metade da vida do paciente diagnosticado com THB (7,8) de forma que, em um terço do

tempo, são incapazes de manter atividades laborais (9). Mesmo quando assintomáticos, há redução na qualidade de vida quando comparados à população em geral (10). Dessa forma, o Estudo Global de Carga de Doenças (do inglês, Global Burden of Disease Study) indicou que o THB é responsável por 9,9 milhões de anos perdidos à incapacidade, o que representa a 16ª principal causa de anos perdidos à incapacidade no mundo (11). Estimou-se que, globalmente, o custo anual por pessoa com diagnóstico de THB varia de US\$ 1.904 a US\$ 33.090.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, o tratamento de THB varia conforme o curso da doença (12). Para episódio depressivo recomenda-se, como primeira linha de tratamento, carbonato de lítio em monoterapia. Como segunda linha, sugere-se o antipsicótico quetiapina. Finalmente, como terceira linha de tratamento, recomenda-se o estabilizador de humor lamotrigina. Indica-se também que o uso de antidepressivos (como a fluoxetina), quando em associação a estabilizadores de humor (como o ácido valproico) ou antipsicóticos (como a olanzapina), pode ser efetivo no tratamento da depressão bipolar. Em paralelo, para o tratamento de mania aguda, recomenda-se como primeira linha de tratamento o lítio, considerado o fármaco mais bem avaliado no tratamento do THB. Como alternativa, sugerem-se os antipsicóticos em monoterapia ou associados a estabilizadores de humor - entre eles, a olanzapina, a quetiapina, a risperidona, o aripiprazol e a ziprasidona. Depois da remissão do quadro agudo, sugere-se estabilizadores de humor (carbonato de lítio, ácido valproico, lamotrigina ou carbamazepina) ou antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, risperidona, carbamazepina ou clozapina) para tratamento de manutenção. Diretrizes internacionais reforçam o tratamento indicado em diretriz nacional (2,13–16).