

Casos Clínicos

Esquizofrenia

4 O uso do palmitato de paliperidona no início de um quadro de esquizofrenia

Dr. Érico Castro-Costa
CRM-MG: 30400

5 A evolução na recuperação de paciente com o uso de palmitato de paliperidona e a comparação com outros antipsicóticos

Dr. Alfredo José Minervino
CRM-PB: 4632

Os Casos Clínicos dessa edição do Suplemento Farmacologia Clínica são de responsabilidade dos médicos autores que os escreveram. Os editores e revisores médicos não emitem opiniões ou comentários sobre esses conteúdos.

4 O uso do palmitato de paliperidona no início de um quadro de esquizofrenia



DR. ÉRICO CASTRO-COSTA

CRM-MG: 30400

- Médico-psiquiatra
- Pós-Doutorado pelo Instituto de Psiquiatria (IoP), King's College London
- Pesquisador Associado pelo Centro de Pesquisa René Rachou, Fiocruz, CPqRR, Brasil

■ Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a esquizofrenia é uma das dez principais causas de incapacidade no ser humano em decorrência do seu início precoce (final da adolescência/começo da vida adulta), com a persistência dos sintomas e a cronicidade do quadro¹, sendo que a maioria dos pacientes com esquizofrenia apresenta grandes alterações de funcionalidade, que determinam dificuldades em estabelecer relações afetivas estáveis e obter empregos formais^{2,3}, e certo grau de dificuldade para perceber, interpretar e processar informações sociais⁴.

Evidências demonstram que o período inicial da esquizofrenia, definido como o intervalo de até cinco anos após o primeiro episódio, é extremamente importante na determinação do prognóstico a longo prazo⁵. Com isso, o principal objetivo do tratamento nessa fase é impedir ou reduzir as recaídas, que geralmente são determinadas pelo aumento da utilização do serviço ambulatorial ou frequentes hospitalizações^{6,7}.

Embora a recaída dos sintomas na esquizofrenia esteja associada a fatores genéticos e biológicos, problemas de não adesão farmacológica são provavelmente a principal causa do ressurgimento dos sintomas com um aumento do risco, mesmo após o primeiro episódio⁸⁻¹⁰. Em estudos realizados com amostras clínicas, verificou-se que a não adesão farmacológica é muito frequente, principalmente nas fases iniciais da esquizofrenia, com taxas que variam mais de 40% para os antipsicóticos orais, sem diferença estatística entre os da primeira e da segunda geração^{11,12}. Com isso, a abordagem e o manejo da não adesão são um desafio para o sucesso do tratamento que se inicia desde o primeiro episódio¹³.

O quadro clínico a seguir ilustra a preocupação do psiquiatra assistente com o problema da não adesão medicamentosa do paciente com diagnóstico de esquizofrenia desde o início do transtorno.

■ Caso Clínico

Paciente: MAS, sexo masculino, 18 anos, católico, natural e procedente de Nova Serrana, MG, cursando a 1ª série do ensino médio, reside com a mãe, irmãos e avós maternos. A renda familiar gira em torno de seis salários mínimos. O paciente é atendido por mim desde janeiro de 2016.

■ Queixa Principal

“Doutor, meu filho voltou a ficar de olhos arregalados, falando sozinho, fechando janelas e portas com medo de alguém entrar em casa para matá-lo e mexendo as mãos e os pés de maneira estranha... Ele ficou assim pela primeira vez há cinco meses, mas levamos ao médico, que passou um remédio e ele tinha voltado ao normal, embora engordado muito!” (sic)

■ Entrevista Atual

Na sala de espera, o paciente encontrava-se com o olhar perplexo, desconfiado, fazendo movimentos com a boca como se estivesse soprando um balão e tampando os ouvidos com as mãos frequentemente. Foi difícil a sua entrada no consultório, pois ele tinha medo de que eu batesse nele ou de que os vizinhos aproveitassem o fato de estar só comigo e o matassem. O paciente só entrou depois de a mãe garantir que entraria junto e permaneceria durante a consulta.

No decorrer do atendimento, o paciente estava mais tranquilo, com certa indiferença afetiva, mas sempre se-

gurando as mãos da mãe e olhando para a porta. Tentei estabelecer uma conversa, mas MAS só falava que queria ir embora porque os vizinhos e os colegas já haviam descoberto que ele estava ali e viriam atrás dele para matá-lo. Em virtude disso, o atendimento acabou sendo baseado nas informações da mãe, pela impossibilidade de o paciente responder às perguntas.

A mãe relata que o paciente estava muito bem desde agosto/2015, e com isso parou por conta própria a olanzapina 5 mg prescrita pelo psiquiatra de sua cidade. No entanto, no Natal de 2015 o paciente bebeu muito, coisa que não costumava fazer, e ficou bastante agressivo e com medo de que os vizinhos e colegas entrassem em sua casa e o matassem. Desde então, o paciente se mostra amedrontado, agressivo, insone e com dificuldade de tomar a medicação, porque acha que, ficando com sono, vai ser mais fácil de ser morto pelos vizinhos e colegas.

■ História Progressa

A mãe informa que o paciente era normal até uns oito meses antes, entretanto ressalta que ele sempre foi menos sociável que os irmãos; era de poucas palavras e tinha comportamentos mais infantis e inapropriados para sua idade. Também destaca que ele sempre foi mais sensível a barulhos mais altos e cismado com as pessoas, achando sempre que elas queriam fazer “sacanagens” com ele.

O primeiro episódio ocorreu entre os meses de junho e julho de 2015. Na ocasião, o paciente relatou à mãe que estava apaixonado por uma colega de sala e passou a desenvolver um comportamento obsessivo por ela, mas sempre sem ter coragem de abordá-la. Passava horas escrevendo cartas para ela e conversando com o espelho como se ela estivesse presente. Paralelamente, a mãe percebeu um aumento da agressividade do paciente, com respostas ríspidas e pequenas violências físicas, como empurrões, beliscões e tapas nela e nos irmãos, além de alteração no padrão do sono, que o fazia andar muito à noite pela casa.

A mãe pensou que fosse alguma alteração transitória, porque, apesar da mudança de comportamento, as variações eram leves e discretas, e isso só tinha chamado a sua atenção porque o rapaz sempre foi “muito bonzinho e carinhoso”. Porém, em agosto de 2015, a mãe fora chamada pela polícia porque o filho estava preso por tentar agarrar e beijar à força uma colega após o horário da aula na praça da cidade. Como

a colega não consentiu espontaneamente, desviando-se dele várias vezes, MAS agrediu-a fisicamente com um chute, e foi contido por outros colegas por alguns minutos até a chegada da polícia, que o encaminhou para a cadeia da cidade.

Na cadeia, a mãe relata que encontrou o paciente chorando, transtornado, com os olhos arregalados e de joelhos, como se estivesse rezando, pedindo perdão repetidamente a Deus. Quando a mãe se aproximou, ele lhe pediu que o levasse para casa e o protegesse, porque os policiais e os colegas queriam matá-lo. Não mencionou o episódio de agressão à colega e, quando perguntado, disse que não se lembrava.

Após sair da cadeia, onde permaneceu por seis horas, o rapaz foi encaminhado a um atendimento de urgência no CAPS da sua cidade. Ali foi medicado com haloperidol 10 mg e diazepam 10 mg, ambos via oral, e no dia seguinte, atendido por um psiquiatra do serviço privado de sua cidade.

Nesse atendimento (agosto/2015), o psiquiatra de Nova Serrana prescreveu olanzapina 10 mg e manteve o diazepam. Já na primeira semana, o paciente mostrava-se mais tranquilo, com melhora do sono. No segundo atendimento (setembro/2015), um mês após o início do tratamento com olanzapina, já se encontrava organizado, menos agressivo e com padrão de sono melhor. Entretanto, queixou-se do ganho de 4 quilos nesse período. Foi orientado a tentar regradar a alimentação e fazer uma atividade física, para reduzir esse efeito no peso.

No terceiro atendimento (outubro/2015), também em sua cidade, a mãe relata que o paciente parecia ter voltado ao normal, com o pensamento claro, lógico, sem a pequena alteração da agressividade que ela tinha percebido anteriormente e sem falar da colega. Porém, ele andava mais sonolento e havia engordado mais 2 quilos, o que o deixou muito incomodado. Em vista disso, o psiquiatra sugeriu a redução da olanzapina para 5 mg/dia.

Mesmo com um novo atendimento marcado para dali a trinta dias, a mãe relata que o paciente não quis ir à consulta porque estava muito bem, e ela mesma permitiu isso, pegando a receita da olanzapina 5 mg/dia com um primo médico. Depois de trinta dias, sessenta após o último atendimento psiquiátrico, a mãe perguntou ao paciente se já haviam acabado os comprimidos, e ele respondeu que parara porque estava se sentindo muito bem, mas ainda restavam uns dez

ou doze comprimidos. A mãe concordou com o filho que ele estava bem, deixou de marcar novo atendimento e permitiu que ele interrompesse a medicação.

■ Impressão Diagnóstica

F.20.0 – Esquizofrenia paranoide

■ Conduta

Inicialmente, prescrevi risperidona 1 mg oral por três dias, para avaliar se o paciente tinha alguma sensibilidade ou alergia ao medicamento, uma vez que nunca o utilizara anteriormente. Após a verificação da ausência de sensibilidade, foram administradas uma ampola de palmitato de paliperidona 150 mg no dia um e uma ampola de 100 mg no deltóide esquerdo no dia oito.

Além disso, reforcei a necessidade do uso da medicação mesmo na ausência dos sintomas, devido ao grande risco de recorrência e piora do quadro após cada recaída.

■ atendimentos Subsequentes

A mãe relata que, antes da segunda aplicação, sete dias após a primeira, o paciente já apresentava uma melhora

dos pensamentos, não falando que os vizinhos e colegas queriam matá-lo.

A remissão completa dos sintomas foi alcançada após dois meses do início do palmitato de paliperidona, com a restauração de sua funcionalidade e o retorno às atividades acadêmicas. Com relação aos efeitos adversos, até o início de maio de 2016 o paciente tinha ganhado apenas 1 quilo; apresentou ligeiros tremores de membros superiores nas duas primeiras semanas e não houve relato de sonolência.

■ Conclusões

Do meu ponto de vista, a esquizofrenia é um transtorno crônico e incapacitante, que frequentemente submete o paciente a várias recaídas. Um dos fatores de risco mais importantes para as recaídas é a não adesão terapêutica dos pacientes¹⁴. Estudos recentes investigam a possibilidade dos antipsicóticos de 2ª geração de longa-ação possam se tornar também uma opção no tratamento do primeiro episódio da esquizofrenia¹⁴.

Referências Bibliográficas

1. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Acesso em: 09/09/2016.
2. Alonso J, Croudace T, Brown J, Gasquet I, Knapp MR, Suárez D, et al. Health-related quality of life (HRQL) and continuous antipsychotic treatment: 3-year results from the Schizophrenia Health Outcomes (SOHO) study. *Value Health*. 2009; 12(4):536–543.
3. Ciudad A, Alvarez E, Bobes J, San L, Polavieja P, Gilaberte I. Remission in schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study. *Schizophr Res*. 2009; 108(1–3):214–222.
4. Savla, GN, Vella, L, Armstrong, CC, Penn, DL, Twamley, EW, 2013. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull* 39, 979–992. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbs080>.
5. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998; 172:53–59.
6. Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Salkever D, Slade EP, Peng X, et al. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 2.
7. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995; 21(3):419–429.
8. Lindenmayer JP, Liu-Seifert H, Kulkarni PM, Kinon BJ, Stauffer V, Edwards SE, et al. Medication nonadherence and treatment outcome in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder with suboptimal prior response. *J Clin Psychiatry*. 2009; 70(7):990–996.
9. Suzuki T, Uchida H, Takeuchi H, Tsuboi T, Hirano J, Mimura M. A review on schizophrenia and relapse – a quest for user-friendly psychopharmacotherapy. *Hum Psychopharmacol*. 2014; 29:414–426.
10. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Harvey BH. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:50–57.
11. Miller BJ. A review of second-generation antipsychotic discontinuation in first-episode psychosis. *J Psychiatry Pract*. 2008; 14:289–300.
12. Velligan DI, Lam F, Ereshefsky L, Miller AL. Psychopharmacology: Perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications. *Psychiatr Serv*. 2003; 54(5):665–667.
13. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:892–909.
14. Jeong HG, Lee MS. Long-acting Injectable Antipsychotics in First-episode Schizophrenia. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2013;11(1):1-6. doi: 10.9758/cpn.2013.11.1.1.

Os Casos Clínicos dessa edição do Suplemento Farmacologia Clínica são de responsabilidade dos médicos autores que os escreveram. Os editores e revisores médicos não emitem opiniões ou comentários sobre esses conteúdos.

5 A evolução na recuperação de paciente com o uso de palmitato de paliperidona e a comparação com outros antipsicóticos



DR. ALFREDO JOSÉ MINERVINO

CRM-PB: 4632

- Professor do Departamento de Medicina Interna da UFPB
- Coordenador da Residência Médica em Psiquiatria da UFPB

■ Introdução

“A esquizofrenia é um transtorno complexo, que reúne características de um amplo espectro da psicopatologia. Agressivos esforços para fazer com que o paciente entre em remissão devem começar imediatamente após o primeiro episódio. Consequências da falta de remissão incluem mau prognóstico, complicações médicas psiquiátricas e gerais, resistência ao tratamento e morte devido a comorbidades médicas e suicídio¹”. A identificação precoce de risco de psicose em pacientes jovens é ainda um grande desafio para a psiquiatria, embora saibamos que vários fatores de risco para a esquizofrenia são reconhecidos e continuam sendo muito pesquisados. De qualquer forma, ainda não temos um padrão de marcadores de risco para a esquizofrenia². A intervenção precoce deve ser levada em conta porque o risco de morte em pacientes com esse transtorno é duas vezes maior que na população geral³. A esquizofrenia é atualmente classificada como um transtorno psicótico; vários estudos evidenciaram que um declínio no funcionamento cognitivo precede o início da psicose por quase uma década⁴. Os antipsicóticos de ação prolongada apresentam melhor eficácia na prevenção de recaídas em comparação aos fármacos orais e ainda podem melhorar a adesão de pacientes sem *insight* ou que apresentam baixa adesão às medicações orais⁵. “Estudos têm demonstrado déficits neuropsicológicos associados à exposição aguda à *Cannabis*. No entanto, os resultados de estudos que examinam problemas cognitivos persistentes associados ao uso crônico de *Cannabis* são contraditórios; alguns deles mostram déficits neuropsicológicos significativos mesmo depois de semanas de abstinência. Uma possível explicação para esses resultados inconsistentes é que a *Cannabis* é mais neurotóxica para

algumas populações do que para outras. Os indivíduos que são expostos a substâncias potencialmente neurotóxicas antes dos 15 anos, enquanto o cérebro ainda está em desenvolvimento, podem correr maior risco de desenvolver déficits neuropsicológicos persistentes em comparação com indivíduos mais velhos⁶”. Sabe-se que existe uma associação entre uso de *Cannabis* e comorbidades psiquiátricas, como a psicose e que a idade de início do uso de *Cannabis* parece influenciar diretamente os sintomas positivos e negativos do quadro psicótico^{6,7}.

■ Caso Clínico

AP tem 24 anos, é solteiro, branco, natural de João Pessoa (PB), procedente de João Pessoa, estudante do ensino fundamental e mantém um relacionamento heterossexual estável.

■ História

AP veio ao consultório do HU/LW acompanhado de sua genitora e de seu genitor com queixa de alucinações auditivas e delírio paranoide. Conta a genitora que AP sempre fora uma criança agitada, não parava nunca e tinha vários amigos; passava o dia jogando bola, porém, após uma briga com colegas de escola, aos 17 anos, começou a ficar “esquisito”. É comum verificar, por informações de familiares ou do próprio paciente, mudanças de comportamento muitas vezes anos antes do início dos sintomas da esquizofrenia, algo que o familiar entende como uma questão social da relação do adolescente e que pode até ser confundido com um transtorno mental comum ou mesmo com depressão, por vezes sendo assim medicado. O tempo todo AP fechava as portas de casa, com medo de ser surrado pelos colegas com quem havia brigado, e por ve-

zes não ia à escola, justificando que poderia ser agredido. Gastava a maior parte do dia em seu quarto entretido com jogos de computador e redes sociais, chegando a ponto de fazer suas refeições dentro do quarto, quando as fazia. Dizia que se sentia mais seguro assim e procurava convencer a família de que, quanto mais ele se expusesse, maior seria o risco de ser agredido fisicamente. Começou então a permanecer acordado à noite e só dormia quando o dia amanhecia, sempre com jogos de computador. Foi obrigado a voltar ao colégio por ordem de seu pai após três meses de ausência; em pouco tempo, começou a reclamar de que as pessoas o olhavam de modo diferente, de que sempre suspeitavam que ele estivesse espreitando a vida delas; dizia-se injustiçado e perseguido. Após um mês do retorno à sala de aula, apareceu com queixa de que ouvia no banheiro do colégio os amigos rindo e falando dele; passou a rir sozinho em sala de aula, a se esconder no banheiro durante os intervalos até que soasse o aviso de retorno à sala. Não tinha amigos, apenas um colega que conhecera havia muito tempo no mesmo colégio. Seus pais achavam que aqueles sintomas eram resultantes do medo de AP de sofrer agressões; após seis meses da volta ao colégio, teve de ser conduzido até sua casa, porque não queria sair do banheiro, onde ficava sempre trancado.

■ Evolução

Os pais resolveram levá-lo a um médico clínico, que lhe receitou haloperidol 5 mg e biperideno 2 mg, duas vezes ao dia; após duas semanas estava bem melhor, já aceitava ir ao colégio e não mais se isolava. Ainda tinha receio das pessoas, mas não demonstrava mais os sintomas delirantes, porém passava muitas horas no computador. Dormia muito tarde por causa dos jogos, o que o prejudicava nas atividades matutinas, inclusive a ida ao colégio. Após dois meses de tratamento, teve uma recaída, com a volta dos sintomas psicóticos; dizia que os vizinhos o olhavam de modo diferente e que sempre denegriam sua imagem. Embasava essa certeza dizendo que ouvia claramente de seu quarto o plano dos vizinhos para deixá-lo louco. Ao verificar os medicamentos, a mãe achou embaixo do colchão vários comprimidos, concluindo assim que AP não os tomava corretamente. O paciente foi então levado a um psiquiatra, que o medicou com risperidona 3 mg e clonazepam 2 mg, ambos à noite. AP melhorou, foi encaminhado a um processo cognitivo comportamental uma vez por semana e passou bem por um ano. Voltou a frequentar a escola e praticamente ficou assintomático, inclusive fazendo amigos no colégio que, de vez em quando, levava para sua casa com o objetivo de jogar no computador. Após alguns meses, passou a sentir-se perseguido por um amigo que fizera nas redes sociais e amanhe-

ceu um dia quebrando o computador e todas as lâmpadas do quarto, pois acreditava que o amigo o estava espionando e colocando suas imagens na internet. Dizia que havia câmeras em todos os cômodos da casa e, extremamente agitado, foi levado ao serviço de urgência do estado, sendo medicado com haloperidol e prometazina injetáveis. Permaneceu com essa medicação de oito em oito horas por dois dias e recebeu alta com melhora na agitação psicomotora; no retorno ao psiquiatra, foi aumentada a dose de risperidona para 4 mg/dia, mais o clonazepam 2 mg à noite; manteve essa medicação e não obteve melhora. A mãe percebeu que AP saía de casa por algumas vezes e se demorava pouco tempo na rua; dizia que ia “esfriar a cabeça” e voltava em seguida trancando-se no quarto; depois disso, dormia muito e comia demais, assaltando a geladeira à noite. Quando a mãe conseguiu arrumar o quarto do filho numa dessas saídas, achou novamente comprimidos escondidos e cigarros de maconha embaixo do colchão. Questionado sobre isso, AP agrediu fisicamente a mãe e a empurrou para fora do quarto; em surto, quebrou seu quarto inteiro e foi conduzido pela polícia e pelo SAMU para a urgência do estado, sendo novamente medicado com haloperidol e prometazina injetáveis de oito em oito horas e permanecendo ali por 72 horas. Posteriormente, foi encaminhado para internamento em hospital, onde ficou por três dias e recebeu alta por termo de responsabilidade. Melhorou com a saída e passou a fazer uso de olanzapina 10 mg e clonazepam 2 mg; não evoluiu bem e continuou fumando maconha escondido para se “acalmar”; interrompendo o discurso da mãe, o paciente conta que essa é a única coisa que o faz relaxar. Depois disso, os sintomas delirantes persecutórios e as alucinações auditivas pioraram muito; AP não frequentava mais a psicoterapia e gozava de certa cumplicidade do pai, que sempre lhe deixava dinheiro para que pudesse se divertir, o que contribuía e muito para a compra da droga. Como AP ficava dormindo muito tempo, a família criou um certo pacto de silêncio e não se importava muito com os sintomas, até que ele entrou em surto e saiu de seu quarto na madrugada armado de uma faca de mesa tentando matar o pai, que só escapou dos golpes por ter maior compleição física. A decisão foi interná-lo em uma “clínica de repouso” por um mês; dali, o paciente foi encaminhado para tratamento ambulatorial, com psiquiatra e psicólogo. A prescrição foi risperidona 2 mg e clonazepam 2 mg, que AP seguiu bem por quarenta dias, mas abandonou o tratamento, voltando à crise atual.

■ Achados

Ao exame, o paciente apresentava quadro de agitação psicomotora, discurso por vezes desconexo com conteúdo persecutório, alucinações auditivas, insônia subterminal,

uso esporádico de maconha, aspecto ensimesmado. Não tinha consciência alguma da enfermidade e não aceitava nenhuma medicação prescrita; preferia internar-se e tomar a medicação de forma injetável a tomar “química para modificar-se”. Não aceitou deixar a maconha, substância da qual não se diz dependente; tinha atitude desafiadora em relação ao entrevistador e por vezes era hostil. Aceitou fazer uso de risperidona com a condição de poder abandonar o tratamento em uma semana se não estivesse bem.

■ Discussão

Tratando-se de um paciente com doença de evolução de mais ou menos três anos, sem adesão ao tratamento, com tomadas irregulares e nem sempre com doses adequadas, optamos por aceitar a sua proposta para termos um novo contato. Estabeleceu-se um acordo segundo o qual sua mãe ficaria encarregada de verificar a ingestão da medicação, inclusive pedindo a ele que abrisse a boca e mostrasse que a havia engolido. Solicitamos os exames de bioquímica e os resultados foram trazidos por AP uma semana depois, como acordado. Constatamos que o paciente apresentava aumento nas taxas de TGO, TGP e gama GT (GGT) de três vezes o valor normal; o hemograma mostrou aumento de segmentados, taxas tireoidianas normais, colesterol e triglicerídeos aumentados em quatro vezes e prolactina aumentada em três vezes; porém não houve o cuidado para que a técnica do exame fosse bem-feita. AP apresentava também os pés um pouco edemaciados; segundo o relato da mãe, ele não acei-

tu se submeter à verificação da tomada da medicação e permanecia em crise, porém não havia fumado maconha, já que a família não o deixou sair de casa naquela semana. Optamos então por sugerir a AP o uso da paliperidona de ação prolongada. Iniciamos o esquema terapêutico recomendado em bula; como o paciente já tinha feito uso de risperidona oral, o que já indica que não há nenhuma possibilidade de evento de sensibilização grave, prescrevemos no dia 1 uma ampola de paliperidona 150 mg no músculo deltoide e, após o sétimo dia, aplicamos 100 mg de paliperidona intramuscular (IM), também no músculo deltoide, com dose de manutenção de 100 mg mensalmente, já que ele mesmo na consulta inicial disse preferir usar injetável a oral. Fizemos a aplicação por dois meses: a inicial e mais dois meses de manutenção, com resultados excelentes no surto, remissão parcial dos sintomas, mas ainda permanecendo certo delírio paranoide, motivo pelo qual no quarto mês aumentamos para 150 mg a dose de paliperidona. Em todo esse período, o paciente não fez uso de maconha, sendo “vigiado” dia e noite pela família e fazendo testes toxicológicos, o que nos garantiu a abstinência da droga. Após um ano, o paciente não apresenta sintomas psicóticos sob o uso de 150 mg de paliperidona mensalmente e divalproato de ação lenta 500 mg. Este último fora introduzido há seis meses em razão de queixa do paciente de estar irritado e com a cabeça doendo; houve muito êxito com a introdução, e hoje o paciente está assintomático e em psicoterapia, com consultas mensais com a psiquiatria.

Referências Bibliográficas

1. Kane JM. Utilization of long-acting antipsychotic medication in patient care. *CNS Spectr.* 2006 Dec; 11 (12 Suppl 14): 1-7; quiz 7-8.
2. Louzã MR. Detecção precoce: é possível prevenir a esquizofrenia? *Rev. Psiq. Clín.* 2007; 34(2): 169-173.
3. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol. Rev.* 2008; 30: 67-76.
4. Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70: 1107-1112.
5. Park, EJ, Amatyá S, Kim MS, et al. Long-acting injectable formulations of antipsychotic drugs for the treatment of schizophrenia. *Arch. Pharm. Res.* 2013; 36:651.
6. Fontes MA, Bolla KI, Cunha PJ, Almeida PP, Jungerman F, Laranjeira RR, Bressan RA, Lacerda ALT. Cannabis use before age 15 and subsequent executive functioning. *The British Journal of Psychiatry.* Mai, 2011; 198 (6): 442-447.
7. Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction.* 2004 Oct;99(10):1333-41.