

REVISTA Consciência News

Ano 1 • Nº 2 • 2025

**MUITO ALÉM
DOS SINTOMAS:
A CARGA GLOBAL
DA ESQUIZOFRENIA**

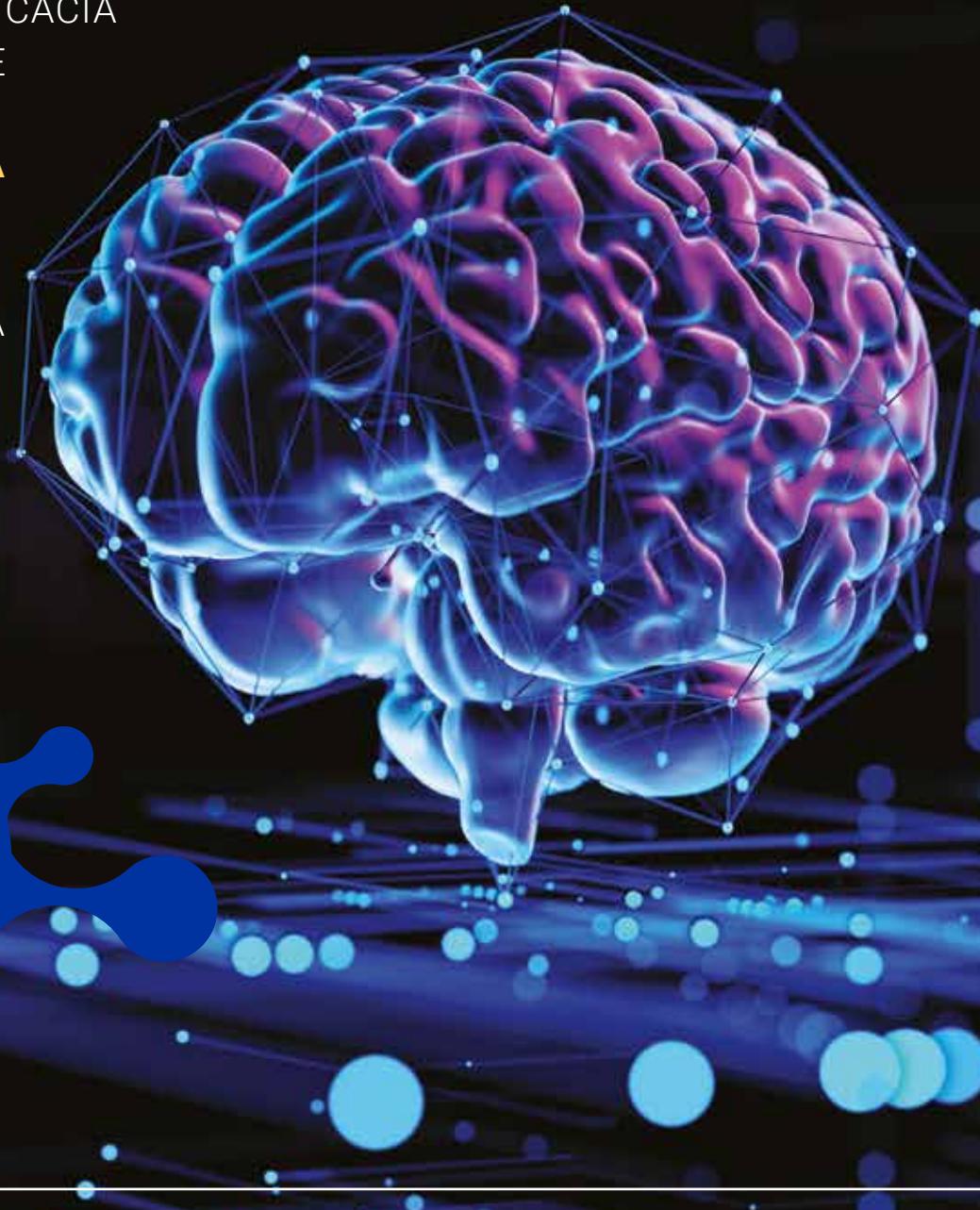
**ESQUIZOFRENIA E
PSICOFARMACOLOGIA:
EQUILIBRANDO EFICÁCIA
E TOLERABILIDADE**

**DAS DIRETRIZES À
PRÁTICA CLÍNICA:
ATUALIZAÇÕES
TERAPÊUTICAS NA
ESQUIZOFRENIA**

**ESQUIZOFRENIA
NA ERA DIGITAL:
COMO INTEGRAR
TECNOLOGIA E
FARMACOTERAPIA?**

**ESQUIZOFRENIA NA INFÂNCIA
E ADOLESCÊNCIA: DIAGNÓSTICO
PRECOCE E MANEJO SEGURO**

**MUDANDO TRAJETÓRIAS:
INTERVENÇÃO PRECOCE NO
PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO**



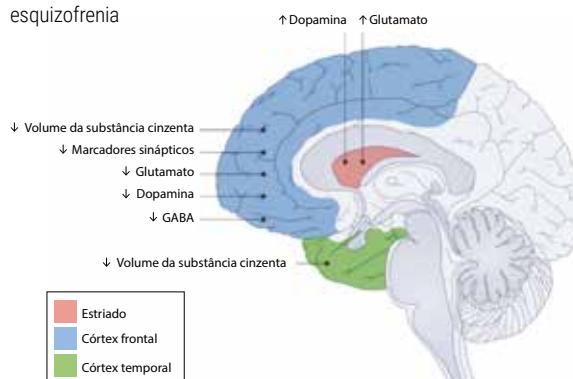
Muito além dos sintomas: a carga global da esquizofrenia

UMA CONDIÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE CLÍNICA E NEUROBIOLÓGICA

Embora o valor absoluto da prevalência global estimado pelo *Global Burden of Disease Study* 2019 seja de 0,29%, seu impacto individual e coletivo tem proporções significativas,^{1,2} sendo a esquizofrenia considerada uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo.³ Estudos brasileiros estimam uma prevalência de 0,8%, correspondendo a mais de 1,6 milhão de pessoas vivendo com esquizofrenia no país.⁴

Sua etiologia é complexa, resultado de uma interação entre predisposição genética e fatores ambientais ao longo do neurodesenvolvimento.^{1,5,6} Quanto à sua neurobiologia, as alterações estruturais e neuroquímicas mais bem caracterizadas na literatura envolvem os principais sistemas de neurotransmissores, como dopamina, GABA e glutamato.^{6,7} (**Figura 1**) Também são observados o desequilíbrio excitatório-inibitório e a perda de plasticidade sináptica, especialmente em regiões como o hipocampo e o córtex pré-frontal dorsolateral.^{6,7}

Figura 1. Alterações estruturais e neuroquímicas associadas à esquizofrenia



Adaptada de: Howes OD, et al. Nat Rev Neurol. 2024 Jan;20(1):22-35.⁷

Essa base neuroquímica complexa e diversificada se traduz em uma ampla heterogeneidade clínica, com uma gama de sintomas classicamente organizados em três domínios principais: sintomas positivos, negativos e cognitivos, que impactam de forma significativa o funcionamento e a qualidade de vida do paciente.⁷

O IMPACTO ALÉM DO CONSULTÓRIO: A CARGA SOCIOECONÔMICA INVISÍVEL

A esquizofrenia figura entre as principais causas de anos vividos com incapacidade (YLDs) globalmente.⁸ Seu alto potencial debilitante reflete-se, inclusive, em seu diagnóstico segundo o DSM-V, que o condiciona à presença de sintomas persistentes, associados à disfunção ocupacional ou social.¹ Em última instância, esses prejuízos funcionais se estendem para além do indivíduo, acarretando expressivo custo social e econômico.⁹ Estimativas internacionais apontam que os gastos com a esquizofrenia podem representar entre 1,5% e 3% do orçamento total em saúde de um país.¹⁰

Os custos indiretos, incluindo mortalidade precoce, aposentadoria precoce, absentismo e perda de produtividade, são os grandes responsáveis pelo ônus econômico da doença para um país, podendo representar entre 50% e 85% dos custos totais, a depender do contexto nacional.^{3,10} Em termos macroeconômicos, o impacto econômico global pode atingir 1,6% do PIB de um país desenvolvido.³ Entre os custos diretos, as hospitalizações, as consultas, a escolha da farmacoterapia, os efeitos adversos relacionados ao uso de antipsicóticos, como sintomas extrapiramidais e alterações metabólicas, são os maiores responsáveis pelo impacto econômico.^{3,10-12} Estima-se que o custo médio anual com antipsicóticos orais de segunda geração varie entre US\$ 17.000 e US\$ 28.000 por paciente nos EUA, podendo aumentar consideravelmente em casos de troca frequente de fármaco, uso combinado ou necessidade de hospitalizações.¹¹ Pacientes que desenvolvem sintomas extrapiramidais, por exemplo, apresentam um aumento médio de mais de US\$ 5.000 em custos anuais relacionados ao tratamento.¹²

MAIS DO QUE TRATAR SINTOMAS: REDUZIR O CUSTO HUMANO E FINANCEIRO

Diante da magnitude desse impacto socioeconômico, torna-se evidente que o tratamento da esquizofrenia deve ir além do controle sintomático.^{3,11,12} Nesse cenário, ao tomar decisões sobre a escolha de antipsicóticos, é importante considerar a eficácia comprovada, o perfil de segurança favorável e o menor impacto metabólico, como os da lurasidona e da ziprasidona. A estratégia do tratamento deve ser mais ampla, não visando apenas à remissão dos sintomas, mas também à preservação da funcionalidade, à qualidade de vida e à sustentabilidade dos sistemas de saúde.^{3,11-13}

Referências: 1. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association D. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. vol. 5. American psychiatric association Washington, DC; 2013. 2. Solmi M, Seitidis G, Marvidis D, Correll CU, Dragioti E, Guimond S, et al. Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia: data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. Mol Psychiatry. 2019 Dec;28(12):5319-5327. 3. Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Koturum S, Chiu CF, Chayakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016 Feb 16;12:357-73. 4. Matos G, Guarinero FB, Hallak JE, Bressan RA. Schizophrenia, the forgotten disorder: the scenario in Brazil. Braz J Psychiatry. 2015 Oct-Dec;37(4):269-70. 5. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. Lancet. 2022 Jan 29;399(10323):473-486. 6. Howes OD, McCutcheon R, Owen MJ, Murray RM. The Role of Genes, Stress, and Dopamine in the Development of Schizophrenia. Biol Psychiatry. 2017 Jan 181(1):9-20. 7. Howes OD, Bukala BR, Beck K. Schizophrenia: from neurochemistry to circuits, symptoms and treatments. Nat Rev Neurosci. 2024 Jan;20(1):22-35. 8. 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 Sep 1;177(9):868-872. 9. Kadakia A, Catillon M, Fan Q, Williams GR, Marden JR, Anderson A, et al. The Economic Burden of Schizophrenia in the United States. J Clin Psychiatry. 2022 Oct 10;83(6):22m14458. 10. Calzavara Pinton I, Nibbio G, Bertoni L, Cicale A, Necchini N, Zardini D, et al. The economic burden of schizophrenia spectrum disorders: clinical and functional correlates and predictors of direct costs: A retrospective longitudinal study. Psychiatry Res. 2022 Dec;342:116240. 11. Martin A, Bessonova L, Hughes R, Doane MJ, O'Sullivan AK, Snook K, et al. Systematic Review of Real-World Treatment Patterns of Oral Antipsychotics and Associated Economic Burden in Patients with Schizophrenia in the United States. Adv Ther. 2022 Sep;39(9):3933-3956. 12. Kadakia A, Brady BL, Dembek C, Williams GR, Kent JM. Burden of EPS in commercial patients with schizophrenia initiating atypical antipsychotics. Am J Manag Care. 2022 Sep 1;28(9):e315-e324. 13. Kearns B, Cooper K, Cantrell A, Thomas C. Schizophrenia Treatment with Second-Generation Antipsychotics: A Multi-Country Comparison of the Costs of Cardiovascular and Metabolic Adverse Events and Weight Gain. Neuropsychiatr Dis Treat. 2021 Jan 20;17:125-137.

Esquizofrenia e psicofarmacologia: equilibrando eficácia e tolerabilidade

O DESAFIO DA ADESÃO A LONGO PRAZO

A decisão terapêutica equilibrada deve considerar fatores como tolerabilidade, risco metabólico, comorbidades clínicas e, sobretudo, a adesão do paciente ao longo do tempo.^{1,3}

Os avanços recentes na farmacologia do tratamento da esquizofrenia refletem uma mudança significativa do paradigma tradicional centrado na antagonização dos receptores dopamínergicos D2 (como a clorpromazina e antipsicóticos típicos ou de primeira geração), buscando abordar sintomas negativos e cognitivos, além de melhorar o perfil de efeitos adversos.³⁻⁵

O AVANÇO DA FARMACOLOGIA: MAIS RECEPTORES, MENOS EFEITOS MOTORES

O desenvolvimento dos antipsicóticos de segunda geração, ou atípicos, passou a combinar antagonismo D2 com ação moduladora sobre receptores serotoninérgicos, como 5-HT2A, 5-HT7 e 5-HT1A,^{5,6} reduzindo a incidência de efeitos extrapiramidais e melhorando os sintomas negativos e cognitivos.⁷⁻⁹ Porém, muitos antipsicóticos atípicos apresentam alta afinidade por receptores histamínicos (H1), muscarínicos (M3) e serotoninérgicos 5-HT2C, alvos diretamente relacionados a ganho de peso, sedação, resistência à insulina e dislipidemias.⁹⁻¹¹ Na prática, isso significa que o ganho terapêutico obtido, apesar do menor risco motor, pode vir acompanhado de efeitos metabólicos indesejáveis.^{2,9-11}

EFICÁCIA COM BAIXO RISCO METABÓLICO: ONDE A LURASIDONA SE POSICIONA

A lurasidona apresenta afinidade praticamente nula por receptores H1 e M1, o que reduz significativamente o risco de ganho de peso, sedação, efeitos anticolinérgicos, impacto sobre o metabolismo glicídico e lipídico, devido à baixa afinidade pelo receptor 5-HT2C.^{5,11-13} Apresenta eficácia e boa tolerabilidade no tratamento da fase aguda da esquizofrenia.¹³

Seu antagonismo 5-HT7 e agonismo parcial 5-HT1A têm sido associados a benefícios cognitivos e antidepressivos, ampliando seu

escopo terapêutico dentro da própria esquizofrenia.⁵ Devido ao seu efeito sedativo discreto, a lurasidona pode exigir associação temporária com benzodiazepínicos, outros antipsicóticos ou estabilizadores do humor durante o manejo da fase aguda.⁵

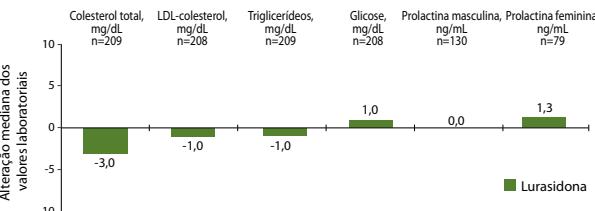
MAIS FLEXIBILIDADE TERAPÊUTICA: DOSE AJUSTÁVEL COM SEGURANÇA

A segurança da lurasidona foi demonstrada em contextos clínicos que exigem ajuste de dose, mostrando que esse escalonamento posológico oferece maior flexibilidade ao psiquiatra na tomada de decisão terapêutica.¹⁴ Uma dose mais alta pode ser considerada se uma resposta suficiente não for obtida com uma dose mais baixa de lurasidona, com cautela quanto ao aumento de sintomas extrapiramidais e/ou acatisia.⁵

SEGURANÇA SUSTENTADA EM POPULAÇÕES JOVENS

Outro ponto de destaque da lurasidona é sua eficácia e segurança em populações jovens, segundo resultados de uma análise combinada de dois estudos clínicos.^{15,16} Nesses estudos, não foram observadas alterações clinicamente relevantes no peso, nos parâmetros metabólicos ou nos níveis de prolactina.¹⁵ (Figura 1)

Figura 1. Alterações medianas nos parâmetros metabólicos e nos níveis de prolactina após 12 meses de tratamento com lurasidona em adolescentes e adultos jovens com esquizofrenia



Adaptada de: Calisti F, et al. Ann Gen Psychiatry. 2024 Jul 18;23(1):26.¹⁵

CONCLUSÃO: EQUILÍBRIO COMO ESTRATÉGIA

A lurasidona se consolida como uma opção terapêutica equilibrada, combinando eficácia antipsicótica comprovada a um perfil metabólico favorável.^{5,13} Sua segurança em populações jovens e flexibilidade posológica reforçam sua aplicabilidade clínica,^{15,16} oferecendo ao psiquiatra uma alternativa moderna e alinhada às necessidades reais do tratamento da esquizofrenia.

Referências: 1. Leucht S, Priller J, Davis JM. Antipsychotic Drugs: A Concise Review of History, Classification, Indications, Mechanism, Efficacy, Side Effects, Dosing, and Clinical Application. Am J Psychiatry. 2024 Oct 1;181(10):865-878. 2. Leucht S, Cipriani A, Spinelli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2013 Sep 14;382(9896):951-62. 3. Tamminga CA. Treatment mechanisms: traditional and new antipsychotic drugs. Dialogues Clin Neurosci. 2000 Sep;2(3):281-6. 4. Lehmann HE, Ban TA. The history of the psychopharmacology of schizophrenia. Can J Psychiatry. 1997 Mar;42(2):152-62. 5. Miura I, Horikoshi S, Ichinose M, Suzuki Y, Watanabe K. Lurasidone for the Treatment of Schizophrenia: Design, Development, and Place in Therapy. Drug Des Devel Ther. 2023 Sep 28;17:3023-3031. 6. Aringheri S, Carli M, Kolachalam S, Verdesca V, Cini E, Rossi M, et al. Molecular targets of atypical antipsychotics: From mechanism of action to clinical differences. Pharmacol Ther. 2018 Dec;192:20-41. 7. Melzer HY, Massey BW. The role of serotonin receptors in the action of atypical antipsychotic drugs. Curr Opin Pharmacol. 2011 Feb;11(1):59-67. 8. Grinchuk D, Dremencov E. Mechanism of Action of Atypical Antipsychotic Drugs in Mood Disorders. Int J Mol Sci. 2020 Dec 15;21(24):9532. 9. Tandon R, Belmaker RH, Gattaz WF, Lopez-Ibor JJ, Okrasza A, Singh B, et al. World Psychiatric Association World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. Schizophr Res. 2008 Mar;100(1-3):20-38. 10. Rickels MR, Perez EM, Pelekis AJ, Alshehabi E, Nguyen HL, Stefanovski D, et al. Contribution of sympathetic muscarinic augmentation of insulin secretion to olanzapine-induced hyperinsulinemia. Am J Physiol Endocrinol Metab. 2018 Feb;314(2):E451-6. 11. Olten B, Bloch MH, Uchida H. Efficacy and Safety of Lurasidone From 40 mg/d to 80 mg/d of Lurasidone in Patients With Schizophrenia: A Post Hoc Analysis of Extension Trial. J Clin Psychopharmacol. 2023 Feb 01;45(1):16-19. 12. Bruijnzeel D, Yazdapanah M, Suryadevara U, Tandon R. Lurasidone in the treatment of schizophrenia: a critical evaluation. Expert Opin Pharmacother. 2018 Jun 8;19(10):1559-65. 13. Samalin L, Garnier M, Llorca PM. Clinical potential of lurasidone in the management of schizophrenia. Ther Clin Psychopharmacol. 2017 Feb 01;45(1):239-50. 14. Takeuchi H, Uchida H. Long-term safety and effectiveness of lurasidone in adolescents and young adults with schizophrenia: pooled post hoc analyses of two 12-month extension studies. Ann Gen Psychiatry. 2024 Jul 18;23(1):26. 15. Correll CU, Findling RL, Tocco M, Mao Y, Goldstein R. Safety and effectiveness of lurasidone in adolescents with schizophrenia: results of a 2-year, open-label extension study. CNS Spectr. 2022 Feb;27(1):18-128.

Das diretrizes à prática clínica: atualizações terapêuticas na esquizofrenia

Diretrizes médicas reconhecem que cerca de 50% dos pacientes com esquizofrenia podem apresentar melhora clínica e funcional significativa ao longo do tempo, especialmente quando o tratamento é iniciado precocemente e inclui intervenções psicossociais.^{1,2}

ATUALIZAÇÕES NO MANEJO PRECOCE: DO RISCO À INTERVENÇÃO

Pacientes em estado de “ultra alto risco” (UHR) para psicose, frequentemente com sintomas psicóticos atenuados ou episódios psicóticos breves e intermitentes, representam uma janela crítica para intervenção.³

PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO: INÍCIO RÁPIDO, ESCOLHA CUIDADOSA

Caso o quadro evolua para um primeiro episódio psicótico, as diretrizes são unâimes quanto à necessidade de iniciar antipsicóticos para obter melhores desfechos funcionais e menor risco de cronicidade.⁴⁻⁶ Recomenda-se uma decisão compartilhada entre médico e paciente na escolha do antipsicótico, priorizando os antipsicóticos de segunda geração pelo melhor perfil de tolerabilidade.⁷

EVIDÊNCIA COMPARATIVA: O LUGAR DA LURASIDONA NAS DIRETRIZES CONTEMPORÂNEAS

A lurasidona foi incorporada às diretrizes como opção de primeira linha, tanto para o tratamento do episódio agudo como para a fase de manutenção da esquizofrenia,⁸ com melhor perfil de tolerabilidade metabólica e com baixo efeito sedativo.^{9,10}

Uma metanálise publicada em 2019 demonstrou que a lurasidona em comparação aos demais antipsicóticos teve menor ganho ponderal do que olanzapina, quetiapina, risperidona, asenapina e paliperidona ER, apresentando menor probabilidade de descontinuação por qualquer causa em relação ao aripiprazol e à paliperidona ER e comparáveis a outros antipsicóticos. As taxas de efeitos extrapiramidais e acatisia foram semelhantes para a lurasidona e outros antipsicóticos atípicos.¹¹

Esses resultados reforçam o posicionamento da lurasidona como uma opção eficaz e bem tolerada no manejo da esquizofrenia, especialmente quando a preservação do perfil metabólico é uma prioridade clínica.¹¹

MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO: SUSTENTANDO REMISSÃO COM SEGURANÇA

Após a estabilização dos sintomas agudos, a fase de manutenção torna-se central no manejo da esquizofrenia para prevenir recaídas, promover funcionalidade e reduzir hospitalizações.¹² Resultados de estudos clínicos demonstram que a lurasidona se destaca nessa fase de tratamento pela sua eficácia sustentada, menor impacto metabólico e tolerabilidade a longo prazo.¹²⁻¹⁶

CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS E SEGURANÇA NO USO CLÍNICO

Apesar do perfil geralmente favorável, a lurasidona não é isenta de efeitos adversos, portanto recomenda-se monitoramento clínico contínuo, com ajustes de dose conforme a tolerabilidade individual.¹⁶ Para aumentar a biodisponibilidade, a lurasidona deve ser administrada com uma refeição de pelo menos 350 calorias.¹⁷

CONCLUSÃO: ALINHANDO DIRETRIZES, CIÊNCIA E INDIVIDUALIZAÇÃO

Desde a intervenção precoce até a escolha do antipsicótico para manutenção, a lurasidona se apresenta como uma opção terapêutica consistente e estratégica, com respaldo das diretrizes internacionais, eficácia comprovada, flexibilidade no ajuste de dose e um perfil de segurança favorável.^{1,3,4,6,7,11}

Referências: 1. Vita A, Berluti S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*. 2018 May;31(3):246-255. 2. Tramazzo S, Lian W, Ajnekaina O, Carlson G, Bromet E, Kotov R et al. Long-Term Course of Remission and Recovery in Psychotic Disorders. *Am J Psychiatry*. 2024 Jun;181(6):532-540. 3. Rek-Owodziki K, Tyburski K, Waszczuk K, Samochowicz J, Mak M. Neurocognition and Social Cognition—Possibilities for Diagnosis and Treatment in Ultra-High Risk for Psychosis State. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 22;12:765126. 4. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 May;50(5):410-72. 5. *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 Mar. (NICE Clinical Guidelines, No. 179.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555203/>; acesso: 20 de julho/2025. 6. Barnes TR, Drake R, Paton C, Cooper SJ, Deakin B, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: Updated recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2020 Jan;34(1):3-78. 7. Zhang JP, Gallego JA, Robinson DG, Malhotra AK, Kane JM, Correll CU. Efficacy and safety of individual second-generation vs. first-generation antipsychotics in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013 Jul;16(6):1205-18. 8. Gulera T, Chart Pasqual JP, Blasco MDC, Calvo Estopián P, Piernas González RA, Ramírez Martínez I, et al. Lurasidone for the treatment of schizophrenia in adult and paediatric populations. *Drugs Context*. 2023 Feb 3;12:2022-10-1. 9. Javed A, Arthur H, Curtis L, Hansen L, Pappa S. Practical Guidance on the Use of Lurasidone for the Treatment of Adults with Schizophrenia. *Cureus*. 2023 Apr;24(5):e38071. 10. Arango C, Ng-Mak D, Finn E, Byrne A, Loebel A. Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for adolescent schizophrenia: a systematic literature review and network meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Sep;29(9):1195-1205. 11. Ceraso A, Ng-Mak D, Finn E, Byrne A, Loebel A, Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for the maintenance treatment of schizophrenia. *Neurology Ther*. 2019 Dec;8(2):215-230. 12. Tarzian M, Soudan M, Alhajji M, Ndiri M, Fakoya AO. Lurasidone for Treating Schizophrenia and Bipolar Depression: A Review of Its Efficacy. *Cureus*. 2023 Apr;24(5):e38071. 13. Tandon R, Cucchiaro J, Phillips D, Hernandez D, Mao Y, Pikalov A, et al. A double-blind, placebo-controlled, randomized withdrawal study of lurasidone for the maintenance of efficacy in patients with schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2016 Jan;30(1):69-77. 14. Loebel A, Cucchiaro J, Xu J, Sarma K, Pikalov A, Kane JM. Effectiveness of lurasidone vs. quetiapine XR for relapse prevention in schizophrenia: a 12-month, double-blind, noninferiority extension study. *J Psychopharmacol Res*. 2013 Jun;17(1):95-102. 15. Stahl SM, Cucchiaro J, Simonelli D, Hsu J, Pikalov A, Loebel A. Effectiveness of lurasidone for patients with schizophrenia following 6 weeks of acute treatment with lurasidone, olanzapine, or placebo: a 6-month, open-label extension study. *J Clin Psychiatry*. 2013 May;74(5):507-15. 16. Iyo M, Ishiguro J, Nakamura M, Sakaguchi R, Okamoto K, Mao Y, et al. Safety and Effectiveness of Lurasidone in Patients with Schizophrenia: A 12-Week, Open-Label Extension Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2021 Aug;16:172683-2695. 17. Caccia S, Pasina L, Nobili A. Critical appraisal of lurasidone in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2012;8:155-68.

Esquizofrenia na era digital: como integrar tecnologia e farmacoterapia?

A incorporação de ferramentas digitais na prática clínica do psiquiatra no cuidado em saúde mental vai além do uso pontual de aplicativos ou consultas virtuais.^{1,2} Dispositivos como *smartphones*, *tablets* e tecnologias vestíveis (do inglês: *wearables*) geram uma quantidade massiva de dados que podem revelar aspectos sutis do comportamento, funcionamento cognitivo e estados emocionais, abrindo novas possibilidades de monitoramento, intervenção e personalização terapêutica em pacientes com esquizofrenia.^{1,2} Esses dados já demonstraram capacidade de predizer episódios depressivos e flutuações emocionais, inclusive com sintomas psicóticos.^{3,4}

ESQUIZOFRENIA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES NO USO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS

Uma revisão de escopo publicada em 2024 identificou 92 estudos, conduzidos entre 2010 e 2023, que avaliaram o uso de tecnologias pessoais para fornecer ou dar suporte a cuidados especializados para a esquizofrenia, além de examinar as oportunidades e barreiras para integrar essas tecnologias.⁵ As intervenções mais estudadas e os resultados clínicos associados a cada uma delas foram:⁵

- **Multitecnológicas:** 43% – reduções em sintomas de paranoia, sintomas afetivos, fadiga cognitiva e recaídas, além de melhora no funcionamento social e na adesão medicamentosa.
- **Aplicativos móveis:** 27% – com base na terapia cognitivo-comportamental (TCC), demonstraram eficácia na metacognição e sintomas negativos.
- **Mensagens SMS:** 17% – maior engajamento terapêutico e melhor adesão.
- **Plataformas web:** 12% – demonstraram benefícios em relação à memória de trabalho e alucinações autorreferidas.

TECNOLOGIAS EMERGENTES E REABILITAÇÃO COGNITIVA FINA

Um campo emergente é o uso de tecnologias para o manejo de déficits de processamento temporal e da capacidade de perceber, discriminar e integrar eventos ao longo do tempo, funções frequentemente comprometidas na esquizofrenia.^{6,7} Esses prejuízos afetam desde tarefas simples, como julgar a ordem de sons, até funções complexas, como a linguagem, a cognição social e a fluência verbal.⁶

AINDA INSUBSTITUÍVEL: A FARMACOTERAPIA COMO EIXO DO TRATAMENTO

Apesar dos avanços nas tecnologias digitais, é fundamental reconhecer que o tratamento farmacológico permanece uma poderosa ferramenta para a promoção da qualidade de vida global do paciente.⁸ Os antipsicóticos continuam sendo o alicerce do manejo da esquizofrenia, essenciais tanto para o controle dos sintomas quanto para a prevenção de recaídas e a promoção da funcionalidade.^{8,9} O objetivo terapêutico permanece o mesmo: promover autonomia, reintegração social e qualidade de vida.^{8,9} Nesse sentido, fármacos antipsicóticos como a lurasidona podem potencialmente moldar as práticas clínicas, fornecendo uma opção de tratamento que não apenas trata os sintomas agudos da esquizofrenia, mas também mitiga os efeitos colaterais, aumentando assim a adesão do paciente.¹⁰

Em dados de vida real, pacientes com esquizofrenia tratados com lurasidona apresentaram melhora contínua na qualidade de vida, redução marcante no número de pacientes “gravemente doentes” (de 62,3% para 8,2% na Escala de Impressão Clínica Global de Gravidade), altas taxas de satisfação (80,3%), sem hospitalizações ou eventos adversos relevantes.¹¹ Além disso, análises *post-hoc* revelaram melhora significativa na pontuação da Escala das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS) relacionada ao engajamento com a vida (redução de -6,4 pontos em 6 semanas vs. placebo; -10,1 ao final da extensão de 12 semanas), bem como melhoria contínua no funcionamento social, refletida por reduções no subescor prosocial da PANSS (-3,0 na fase aguda e -4,2 ao final do seguimento).^{10,12}

CONCLUSÃO: CONECTANDO TECNOLOGIA, FARMACOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA

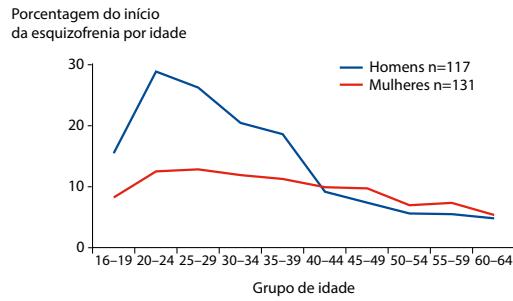
O uso criterioso de medicações eficazes, associado ao avanço das tecnologias aplicadas à saúde mental, permite uma abordagem mais ampla, integrada e centrada no indivíduo.^{1,2,10,12} A lurasidona oferece eficácia sustentada, tolerabilidade metabólica e benefícios subjetivos que impactam diretamente na experiência de vida do paciente.^{11,12} Desse modo, as evidências nos mostram que não se trata de escolher entre uma ou outra abordagem, mas de integrá-las, de acordo com a sua validação baseada em evidências, para melhorar, de forma contínua e sustentável, o bem-estar, a funcionalidade e a participação ativa do paciente em sua própria vida.^{1,2,10,12}

Referências: 1. Hirschtritt ME, Insel TR. Digital Technologies in Psychiatry: Present and Future. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2018 Jul;16(3):251-258. 2. Melcher J, Hays R, Torous J. Digital phenotyping for mental health of college students: a clinical review. *Evid Based Mental Health*. 2020 Nov;23(4):161-166. 3. Jacobson NC, Chung YJ. Passive Sensing of Prediction of Moment-to-Moment Depressed Mood among Undergraduates with Clinical Levels of Depression Sample Using Smartphones. *Sensors (Basel)*. 2020 Jun 24;20(2):3572. 4. Bufano P, Laurino M, Said S, Tognetti A, Menicucci D. Digital Phenotyping for Monitoring Mental Disorders: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2023 Dec 13;25:e46778. 5. D'Arcey J, Torous J, Asuncion TR, Tackaberry-Giddens L, Zahid A, Ishak M, Foussias G, Kidd S. Leveraging Personal Technologies in the Treatment of Schizophrenia Spectrum Disorders: Scoping Review. *JMIR Ment Health*. 2024 Sep 30;11:e57150. 6. Amadeo MB, Esposito D, Escaliero A, Campus C, Inuggi A, Da Silva BP, et al. Time in schizophrenia: a link between psychopathology, psychophysiology and technology. *Transl Psychiatry*. 2022;12:331. 7. Ciullo V, Spalletta G, Caltagirone C, Jorge RE, Piras F. Explicit Time Deficit in Schizophrenia: Systematic Review and Meta-Analysis Indicate It Is Primary and Not Domain Specific. *Schizophr Bull*. 2016 Mar;42(2):505-18. 8. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. *N Engl J Med*. 2019 Oct 31;381(18):1753-1761. 9. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet*. 2022 Jan 29;399(10323):473-486. 10. Miura I, Sano F, Sakaguchi R, Okamoto K, Maruyama H. Effect of Lurasidone on Social Functioning in Schizophrenia: Post-Hoc Analysis of the JEWEL Study. *J Clin Psychiatry*. 2024 Jan 31;85(1):23m14881. 11. De Filippis S, Vita A, Cuomo A, Amici E, Giovanetti V, Lombardozzi G, et al. Treatment satisfaction and effectiveness of Lurasidone on quality of life and functioning in adult patients with schizophrenia in the real-world Italian clinical practice: a prospective 3-month observational study. *Ann Gen Psychiatry*. 2024 Nov 5;23(1):43. 12. Maruyama H, Sano F, Sakaguchi R, Okamoto K, Miura I. Effect of Lurasidone on Life Engagement in Schizophrenia: Post-Hoc Analysis of the JEWEL Study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024 Jul 24;20:1453-1463.

Esquizofrenia na infância e adolescência: diagnóstico precoce e manejo seguro

A esquizofrenia de início na infância e adolescência representa uma condição clinicamente relevante^{1,2} e sua prevalência global, entre indivíduos de 5 a 24 anos, é estimada em 0,08% (*Global Burden of Disease*).¹ A incidência antes dos 13 anos, definida como esquizofrenia de início na infância, gira em torno de 0,04%.² Estudos populacionais demonstram que a incidência cumulativa de transtornos do espectro da esquizofrenia até os 18 anos aproxima-se de 0,6%.² A partir da puberdade, observa-se um aumento gradual nos casos, com pico de incidência entre os 15 e 25 anos.³ (Figura 1)

Figura 1. Distribuição etária típica de início da esquizofrenia



Adaptada de: Jauhar S, et al. Lancet. 2022 Jan 29;399(10323):473-486.³

REPERCUSSÕES FUNCIONAIS AMPLAS E PRECOCES

A esquizofrenia nessa fase inicial do desenvolvimento pode promover impactos funcionais significativos e multifacetados, comprometendo diferentes domínios:^{1,4}

Como consequência, o funcionamento global é afetado, com aumento do risco de desfechos negativos na vida adulta, incluindo dificuldades de manter uma atividade e vida social, ter um comportamento independente e bom desempenho na escola ou no trabalho, além de maior risco de suicídio e comorbidades psiquiátricas.^{5,6}

DESAFIO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL AMPLIO

O diagnóstico de esquizofrenia na adolescência exige abordagem cuidadosa e criteriosa, pois a apresentação clínica costuma diferir do padrão observado em adultos.^{6,7}

O impacto funcional, a persistência e a intensidade das manifestações são critérios fundamentais para estabelecer um diagnóstico robusto, e a avaliação clínica deve ser minuciosa e longitudinal, com revisões periódicas que permitam ajustes diagnósticos conforme o quadro evolui.⁸⁻¹⁰

ABORDAGEM TERAPÊUTICA BASEADA EM DIRETRIZES

O manejo sugerido da esquizofrenia na adolescência combina intervenções farmacológicas e psicossociais, com adaptações às necessidades dessa fase do desenvolvimento.^{6,10,11} Do ponto de vista farmacológico, o uso de antipsicóticos de segunda geração é a abordagem preferencial, devido à menor incidência de sintomas extrapiramidais e melhor tolerabilidade.^{10,11} As diretrizes enfatizam a introdução com doses baixas e titulação gradual, especialmente no manejo dos primeiros episódios psicóticos, com vigilância para efeitos adversos metabólicos, neurológicos e hormonais.^{6,10,11} A abordagem psicossocial deve incluir psicoeducação familiar, terapia cognitivo-comportamental adaptada, suporte escolar, reabilitação funcional e desenvolvimento de habilidades sociais, e a transição para o cuidado adulto deve ser planejada desde cedo, com foco na continuidade terapêutica.^{6,10,11}

LURASIDONA: EFICÁCIA SUSTENTADA E PERFIL SEGURO NA ADOLESCÊNCIA

Segundo dados de estudos clínicos, a lurasiadona se destaca por seu perfil de eficácia sustentada, boa tolerabilidade metabólica, efeitos mínimos no peso e na prevenção de recaídas. Os dados demonstram que a lurasiadona é uma opção segura e eficaz especialmente para pacientes com risco metabólico aumentado ou preocupações relacionadas à tolerabilidade a longo prazo.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de lurasiadona, em combinação com intervenções psicossociais, constitui uma estratégia segura e eficaz para o manejo de pacientes adolescentes, com foco na funcionalidade e na prevenção de recaídas.^{10,12} Investir no cuidado precoce e longitudinal é essencial para alterar positivamente o curso do transtorno e promover melhores desfechos ao longo da vida.^{10,12}

Referências: 1. Kieling C, Buchweitz C, Caye A, Silvani J, Armeis SH, Brunoni AR, et al. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 2024 Apr 1;81(4):347-356. 2. Huá LL; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Collaborative Care in the Identification and Management of Psychosis in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. 2021 Jun;147(6):e2021051486. 3. Jauhar S, Johnstone M, McKenna PJ. Schizophrenia. *Lancet*. 2022 Jan 29;399(10323):473-486. 4. Niendam TA, Ray KL, Josif AM, Lesh TA, Ashby SR, Patel PK, et al. Association of Age at Onset and Longitudinal Course of Prefrontal Function in Youth With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2018 Dec 1;75(12):1252-1260. 5. Vélezhorst E, Reichenberg A, Kapur O, Goldberg S, Fromer M, Fruchter E, et al. Developmental Trajectories of Impaired Community Functioning in Schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2016 Jan;73(1):48-55. 6. Murru A, Carpinello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neurosci Lett*. 2018 Mar 16;669:59-67. 7. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2001 Jul;40(7 Suppl):4S-23S. 8. Iftimovici A, Martinez G, Victor J, Benjedma N, Jantac C, Danset-Alexandre C, et al. Schizophrenia Following Early Adolescence Prodrome: A Neurodevelopmental Subtype With Autism-like Sensorimotor and Social Cognition Deficits. *Schizophr Bull*. 2025 Jan 5;51(1):e20240001. 9. Sunshine A, McClellan J. Practice Review: Psychosis in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2023 Jul;64(7):980-988. 10. Correll CU, Arango C, Fagerlund B, Galderisi S, Katz MJ, Leucht S. Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2024 May;82:57-71. 11. McClellan J, Stock S. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Sep;52(9):976-990. 12. Calisti F, Tocco M, Mao Y, Goldman R. Long-term safety and effectiveness of lurasiadone in adolescents and young adults with schizophrenia: pooled post hoc analyses of two 12-month extension studies. *Ann Gen Psychiatry*. Jul 18 2024;23(1):26.

Mudando trajetórias: intervenção precoce no primeiro episódio psicótico

O primeiro episódio psicótico (PEP) é a primeira manifestação de sintomas psicóticos que atingem o limiar diagnóstico, como delírios, alucinações e desorganização do pensamento, distinguindo-se de fases prodromáticas anteriores, caracterizadas por sintomas subclínicos, alterações comportamentais e declínio funcional. O PEP costuma ocorrer na adolescência ou no início da vida adulta, com pico entre os 15 e 25 anos.¹⁻³

DÉFICITS COGNITIVOS PRECOCES E IMPACTO A LONGO PRAZO

O impacto do PEP vai muito além da sintomatologia aguda.⁴⁻⁶ Do ponto de vista cognitivo, o PEP frequentemente coincide com déficits em velocidade de processamento, memória verbal, atenção sustentada e funções executivas.⁴⁻⁶ Esses déficits tendem a se agravar com o episódio e persistem ao longo do curso da doença, interferindo na autonomia e na reintegração social do paciente.^{4,7}

DURAÇÃO DA PSICOSE NÃO TRATADA: O TEMPO COMO DETERMINANTE PROGNÓSTICO

A duração da psicose não tratada é reconhecida como um dos principais determinantes prognósticos.⁸ Na prática clínica, esse período costuma ser prolongado, com semanas ou até meses entre o início dos sintomas psicóticos e o início do tratamento adequado.⁹

Esse atraso tem implicações importantes: menor resposta terapêutica, maior frequência de recaídas, maior incidência de tentativas de suicídio, maior gravidade de sintomas negativos e pior funcionamento global.^{8,10} Estudos longitudinais mostram que uma proporção significativa dos indivíduos com episódio psicótico transitório desenvolve esquizofrenia ao longo dos anos seguintes.¹¹

A intervenção clínica inicial após o PEP tende a ser mais responsável ao tratamento, o que torna a escolha terapêutica nessa janela ainda mais estratégica.^{7,12} Nessa fase, os pacientes geralmente requerem doses menores de antipsicóticos, apresentando melhor adesão e menor risco de resistência farmacológica.¹³

LURASIDONA NO PEP: EFICÁCIA PRECOCE COM BOA TOLERABILIDADE

Diferentes estudos têm explorado a eficácia e segurança da lurasidona em grupos de pacientes geograficamente diversos, incluindo o Japão. Em um estudo com duração de 6 meses, a administração de lurasidona 40 mg uma vez ao dia demonstrou eficácia em uma população de pacientes com esquizofrenia aguda, exacerbação aguda e presença de sintomas positivos, incluindo indivíduos do Japão, sendo geralmente segura e bem tolerada.¹⁴

Uma metanálise avaliou pacientes com psicose aguda e demonstrou que a lurasidona apresenta eficácia e tolerabilidade em um perfil dose-dependente.^{14,15}

INTERVENÇÃO PRECOCE BASEADA EM EVIDÊNCIAS: OPORTUNIDADE PARA MUDAR O CURSO DA DOENÇA

O primeiro episódio psicótico representa uma janela terapêutica estratégica para modificar o curso da esquizofrenia,¹⁻³ cujo início do tratamento pode aliviar o sofrimento imediato, reduzir o risco de cronificação e promover a recuperação funcional a longo prazo.^{1-3,8,10} As informações sobre a dose-resposta dos efeitos do tratamento com lurasidona podem orientar o ajuste de dose, possibilitando uma abordagem individualizada, melhor adesão e manejo dos efeitos adversos.¹⁵ Nesse cenário, a lurasidona pode ser considerada uma aliada valiosa.^{14,15}

Referências: 1. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. Schizophrenia-An Overview. *JAMA Psychiatry*. Feb 1 2020;77(2):201-210. 2. Hua LL. Collaborative Care in the Identification and Management of Psychosis in Adolescents and Young Adults. *Pediatrics*. Jun 2021;147(6):e2021051486. 3. Rosengard RJ, Malla A, Mustafa S, Iyer SN, Joober R, Bodnar M, et al. Association of Pre-onset Subthreshold Psychotic Symptoms With Longitudinal Outcomes During Treatment of a First Episode of Psychosis. *JAMA Psychiatry*. Jan 1 2019;76(1):61-70. 4. Esque J, Rasmussen A, Spada M, Gopalan P, Sarpal D. First-Episode Psychosis and the Role of the Psychiatric Consultant. *J Acad Consult Liaison Psychiatry*. Jan-Feb 2022;63(1):32-35. 5. Bora E, Yalcinettin B, Akdede BB, Alptekin K. Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Res*. Mar 2018;193:3-10. 6. Tarine N, Khan S, Cater J, Picken A. The subjective consequences of suffering a first episode psychosis: trauma and suicide behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Jan 2007;42(1):29-35. 7. Sheitman BB, Lee H, Strous R, Lieberman JA. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophr Bull*. 1997;23(4):653-61. 8. Murru A, Carpinello B. Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. *Neurosci Lett*. Mar 16 2018;669:59-67. 9. Power P, Iacoponi E, Reynolds N, Fisher H, Russell M, Garety P, et al. The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl*. Dec 2007;51:s133-9. 10. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. *N Engl J Med*. Jul 19 2018;379(3):270-280. 11. O'Donoghue B, Eaton S, Lyne J, Thompson A, McGarry P. Determining the cumulative incidence of treated schizophrenia and predictors of transition in an early intervention for psychosis service. *Schizophr Res*. Jun 13 2025;282:116-122. 12. Lieberman JA, Small SA, Girgis RR. Early Detection and Preventive Intervention in Schizophrenia: From Fantasy to Reality. *Am J Psychiatry*. Oct 1 2019;176(10):794-810. 13. Marder SR, Cannon TD. Schizophrenia. *N Engl J Med*. Oct 31 2019;381(18):1753-1761. 14. Iyo M, Ishigooka J, Nakamura M, Sakaguchi R, Okamoto K, Mao Y, et al. Efficacy and safety of lurasidone in acutely psychotic patients with schizophrenia: A 6-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Psychiatry Clin Neurosci*. Apr 23 2021;75(7):227-33. 15. Srirampanont M, Suttajit S, Likhitsathian S, Maneetorn B, Maneetorn N. A network meta-analysis of the dose-response effects of lurasidone on acute schizophrenia. *Sci Rep*. Mar 10 2021;11(1):5571.



Novas apresentações
20mg e 40mg
com 60 comprimidos

Latuda®, referência e inovação em psiquiatria¹⁻³

- Mecanismo de ação **inovador**^{2,3*}
- **Tão eficaz quanto** outros antipsicóticos,
com menos efeitos metabólicos^{4-7**#}
- **Primeira linha de tratamento**
para depressão bipolar tipo I segundo CANMAT⁸

*Por apresentar pouca ou nenhuma afinidade pelos receptores H1 e M1 comparado com risperidona, olanzapina e haloperídolo.

#Em comparação com olanzapina, risperidona e quetiapina.



Referências: 1. Lista de medicamentos referência. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao medicamentos-de-referencia/lista-de medicamentos-de-referencia>. Acesso em: 14/07/2025. 2. Bula de Latuda®. ANVISA, publicada em 09/06/2025. 3. Stahl SM. Lurasidone. In: Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press; 2020:457-464. 4. Crossley NA et al. Efficacy of atypical v. typical antipsychotics in the treatment of early psychosis: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2010;196(6):434-9. 5. Stroup TS et al. Comparative effectiveness of antipsychotic drugs in schizophrenia. Dialogues Clin Neurosci. 2000;2(4):373-9. 6. Loebel A, Cucchiaro J, Xu J, et al. Effectiveness of lurasidone vs. quetiapine XR for relapse prevention in schizophrenia: a 12-month, double-blind continuation study. Schizophr Res. 2013; 147:95-102. 7. Ostacher M, Ng-Mak D, Patel P, Ntaios D, Schlueter M, Loebel A. Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for bipolar depression: A systematic review and network meta-analysis. World J Biol Psychiatry. 2018;19(8):586-601. 8. Yatham, L. N. 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;20:97-170

Latuda® (cloridrato de lurasidona). INDICAÇÕES: tratamento da esquizofrenia em adultos e adolescentes acima de 15 anos e dos episódios depressivos associados ao transtorno bipolar I (depressão bipolar) em monoterapia para pacientes adultos e pediátricos acima de 13 anos ou associada com lítio ou valproato para pacientes adultos. CONTRAINDICAÇÕES: **alergia a qualquer componente da fórmula**; uso concomitante de inibidores potentes da CYP3A4 (ex: cetoconazol) e; uso concomitante de indutor potente da CYP3A4 (ex: rifampicina). CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS: não deve ser utilizada em pacientes idosos com Psicose Relacionada a Demência. Deve ser descontinuada em casos de Síndrome Neuroléptica Maligna, Discinesia Tardia, queda de leucócitos desde que ausentes outros fatores causadores ou como neutropenia grave. Deve ser usada com cautela em pacientes em condições que predispõem à hipotensão. Deve ser utilizada com cautela em pacientes com história de convulsão ou em condições que diminuem o limiar convulsivo. Gravidez e amamentação: só deve ser utilizada durante se o benefício justificar o risco potencial para o feto. População pediátrica: A segurança e eficácia em pacientes pediátricos ainda não foram estabelecidas. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: **inibidores e indutores da enzima CYP3A4**. Interações com alimentos: toranja (suco e fruta) deve ser evitada. Interações com o álcool: não são conhecidas interações entre o medicamento e o álcool. REAÇÕES ADVERSAS: Estudos clínicos: reações muito comuns: acatisia, sonolência, náusea, insônia, parkinsonismo e cefaleia. Reações comuns: agitação, ansiedade, dor nas costas, prolactina sérica aumentada, CPK aumentada, apetite reduzido, diarreia, tontura, distonia, dispepsia, erupção cutânea (rash), inquietação, hipersecretaria, vômitos e aumento de peso. Reações incomuns: sonhos anormais, dor abdominal, amenorreia, anemia, bloqueio AV de 1º grau, triglicírides séricos aumentados, bradicardia, disartria, disúria, dismenorreia, disfunção erétil, gastrite, hipoestesia, pânico, prurido, hipotensão ortostática, distúrbio do sono, ideação suicida, síncope, taquicardia, discinesia tardia, urticária e vertigem. Reações raras: angina pectoris, angioedema, visão turva, dor no peito, acidente vascular cerebral, ginecomastia, disfagia, galactorreia, leucopenia, neutropenia, síndrome neuroléptica maligna, falência renal aguda, rabdomiólise, convulsões, morte súbita, hiponatremia; frequência desconhecida: hipersensibilidade. Pós-comercialização: hipersensibilidade, hiponatremia. POSOLOGIA: deve ser administrada com alimentos (no mínimo 350 calorias). A titulação de dose inicial não é necessária. Esquizofrenia: dose inicial recomendada é de 40 mg uma vez ao dia; dose diária máxima recomendada é de 80 mg para adolescentes e 160 mg para adultos. Pacientes devem ser tratados com a menor dose efetiva. Troca de Antipsicóticos: dose inicial recomendada é de 40 mg/dia. Episódios Depressivos Associados ao Transtorno Bipolar I: dose inicial recomendada é de 20 mg uma vez ao dia; dose máxima recomendada é de 80 mg para pacientes pediátricos e adolescentes e 120 mg para adultos. Comprometimento renal: recomenda-se ajuste da dose em pacientes com comprometimento renal moderado e grave; dose inicial recomendada é de 20 mg; a dose não deve exceder 80 mg/dia. Comprometimento hepático: recomenda-se ajuste da dose em pacientes com comprometimento hepático moderado; a dose inicial recomendada é de 20 mg; a dose não deve exceder 80 mg/dia. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SÓ PODE SER VENDIDO COM RETENÇÃO DA RECEITA. Reg M.S.: 1.0454.0184. Importado e Registrado por: Daiichi Sankyo Brasil Farmacêutica Ltda. Serviço de Atendimento ao Consumidor: 0800-556596. MB_06.

Latuda é um medicamento. Durante seu uso, não dirija veículos ou opere máquinas, pois sua agilidade e atenção podem estar prejudicadas.