



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 286/2019

Vitória, 15 de fevereiro de 2019

Processo n<sup>o</sup>  
[REDACTED] impetrado  
por [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas do Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública da Comarca de Aracruz - MM<sup>a</sup>. Juíza de Direito Dr<sup>a</sup>. Maristela Fachetti – sobre o medicamento: **Paliperidona (Invega sustenna<sup>®</sup>) 150mg**.

## I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Petição inicial a Requerente é portadora de distúrbio psiquiátrico, (CID 10: F20.0 – esquizofrenia paranoide), não consegue fazer uso de medicação sozinha, por isso não apresenta resposta adequada ao tratamento, necessita do medicamento Paliperidona (Invega sustenna<sup>®</sup>) 150mg injetável uma vez ao mês.
2. Às fls. 10 consta laudo emitido em 26/9/2018 pelo psiquiatra Dr. Fábio Olmo Cardoso CRMES 5766, onde relata paciente iniciou tratamento sob seus cuidados há seis meses, uso vários esquemas de medicação. Fez uso de haloperidol decanoato, haloperidol oral, risperidona e olanzapina. Com o uso de doses adequadas e esquemas combinados, sempre com baixa resposta, o que levava a paciente a depender de terceiros para cuidados. Como apresenta refratariedade a dois antipsicóticos atípicos, a paciente em questão está em uso clozapina 100mg 1-0-3. Devido gravidade da doença a paciente não consegue fazer uso da medicação sozinha e por isso não apresenta resposta adequada ao tratamento. De acordo com história de evolução da doença e com exame psí-



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- quico apresentado a paciente em questão preenche critérios de diagnóstico, baseado no CID F20.0 (esquizofrenia paranoide). Devido à cronicidade do quadro a paciente apresenta alto risco de piora do quadro psíquico mesmo com uso da medicação via oral, devendo fazer a troca do esquema medicamentoso para medicação IM de depósito. Já fez uso de haldol decanoato e está em uso clopixol depot e apresenta síndrome extrapiramidal com uso da medicação.
3. Às fls 11 consta prescrição do medicamento Paliperidona (Invega sustenna<sup>®</sup>) 150mg, emitida em receituário Uromed.
  4. Às fls. 12 consta receituário papel timbrado pronto atendimento do SUS 19/10/2017, relata que paciente chegou ao consultório em surto psicótico, agitada e agressiva. Converso sobre a possibilidade de fazer o medicamento haldol. A paciente se recusou a tomar e evasão hospitalar.
  5. Às fls. 19 consta controle de administração do haldol decanoato, última aplicação 10/01/2018.
  6. Às fls. 20 consta relatório de busca ativa.
  7. Às fls. 22 consta receituário dos medicamentos risperidona 2mg, prometazina 25 mg, carbamazepina 200mg, diazepam 10mg.
  8. Às fls. 23 consta prescrição de risperidona 2mg e prometazina 25mg, 22/12/2017.
  9. Às fls. 24 consta prescrição de carbamazepina 200mg, 22/12/2017.
  10. Às fls. 5 consta Declaração do município de acompanhamento de Aracruz, 26/01/2018, onde relata paciente é acompanhada pelo programa de saúde mental do município por equipe multidisciplinar, tendo acompanhamento regular e sendo medicada. Entretanto teve surto no último mês e foi internada no HEAC sendo a ela administrada pelo psiquiatra daquela instituição as seguintes medicações em 28/12/2017; risperidona 2mg, prometazina 25mg, carbamazepina 200mg e diazepam 10mg.
  11. Consta parecer social do Município de Aracruz.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. O disposto na **Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**, estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Com base na diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica contida no Pacto pela Saúde, publicado pela **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006**, o Bloco da Assistência Farmacêutica foi definido em três componentes: (1) Componente Básico; (2) Componente de Medicamentos Estratégicos; e (3) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Esse último componente teve a sua denominação modificada pela Portaria GM/MS nº 2981, republicada no DOU em 01 de dezembro de 2009, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
3. A Portaria nº 533/GM/MS, de 28 de março de 2012 estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no SUS.
4. A **Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 de julho de 2013**, em seu art. 1º regulamenta e aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS. De acordo com o art. 3º, os financiamentos dos medicamentos deste Componente são de responsabilidade das três esferas de gestão, devendo ser aplicados os seguintes valores mínimos: União R\$ 5,10/habitante/ano; Estados no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano; e os Municípios no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano para a aquisição de medicamentos. Ainda, os recursos previstos na referida portaria não poderão custear medicamentos não-constantes da RENAME vigente no SUS.
5. Com o objetivo de apoiar a execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo e as Secretarias de Saúde dos Municípios desse estado pactuaram na CIB, através da **Resolução CIB nº 200/2013**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

**de 02 de setembro de 2013**, o repasse e as normas para aquisição dos medicamentos pelos municípios. Conforme art. 2º, o incremento no financiamento estadual e municipal para o incentivo à assistência farmacêutica na atenção básica será realizado por adesão dos Municípios e seguirá proposta elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA), conforme anexo I desta resolução. O valor total tripartite passa a ser de R\$ 12,00 habitante/ano para os Municípios que já aderiram ou que aderirem à proposta de aumento do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

## **DA PATOLOGIA**

1. **Esquizofrenia** compreende um grupo de doenças heterogênicas caracterizadas por sintomas psicóticos que alteram a capacidade de trabalho e comprometem as relações interpessoais por um período prolongado. Os sintomas dividem-se em positivos e negativos, sendo que os positivos consistem em: alucinações auditivas, olfativas, táteis ou visuais, delírios, pensamentos ilógicos ou incomuns, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico. Já os negativos consistem em: fala desorganizada, deficit na expressividade emocional e no funcionamento psicossocial, dificuldade de julgamento, depressão e falta de motivação.
2. A **esquizofrenia do tipo paranoide** é caracterizada por não desenvolver deficiência na linguagem e no comportamento. Os pacientes apresentam delírios extremamente bizarros ou alucinações, quase sempre sobre um tema específico, apresentam-se tensos, receosos, alertas e reservados, sentem-se perseguidos ou sendo alvos de uma conspiração, apresentando delírios de grandeza, superioridade, associados à proteção de si mesmo contra a suposta conspiração, podendo ser violentos. Além disso, seu desempenho em casa e no emprego se deteriora, muitas vezes com um grau menor de expressividade emocional. Os casos com distúrbio delirante paranoide mais discretos podem ter sintomas como delírios persecutórios ou de ciúmes, mas não as alucinações acentuadas ou impossíveis e os delírios bizarros da esquizofrenia paranoide.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

## DO TRATAMENTO

1. O tratamento da **esquizofrenia** deve associar o tratamento farmacológico e o não farmacológico. O não farmacológico consiste em treinamento de habilidades sociais para a reabilitação do paciente e a sua manutenção na comunidade, além da intervenção familiar, o que contribui para uma maior adesão ao tratamento.
2. O tratamento farmacológico se dá através do uso de medicamentos antipsicóticos, que em doses equipotentes são igualmente eficazes, tanto no tratamento das manifestações agudas dos transtornos esquizofrênicos, quanto na prevenção de recaídas dos sintomas. A diferença existente entre eles é que os antipsicóticos típicos (primeira geração) são mais efetivos no tratamento dos sintomas positivos, enquanto os antipsicóticos atípicos (segunda geração) são efetivos nos sintomas positivos e negativos, além de apresentarem menores ou nenhum potencial de efeitos extrapiramidais.
3. O tratamento convencional é feito com antipsicóticos, tais como clorpromazina (mais adequada em fase aguda por seus efeitos sedativos) e haloperidol (no tratamento de manutenção). Cerca de um terço dos pacientes com esquizofrenia é resistente ao tratamento convencional, especialmente aqueles que apresentam sintomas negativos (embotamento afetivo, dificuldade de julgamento, depressão e falta de motivação).
4. A melhora clínica é definida como uma diminuição de pelo menos 30% nos escores da escala BPRS-A (Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve Ancorada) e as seguintes situações são requeridas, cumulativamente, como critérios de inclusão do paciente no protocolo de esquizofrenia refratária:
  - Ter diagnóstico de esquizofrenia pelos critérios do CID-10;
  - Ter apresentado falha terapêutica, caracterizada por diminuição inferior a 30% dos escores prévios da escala BPRS-A, à maior dose tolerável pelo paciente de pelo menos duas diferentes classes químicas de antipsicóticos, quais sejam:
    - I) Clorpromazina 300 a 1000 mg/dia ou tioridazina 400 a 800 mg/dia por 3



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

meses consecutivos;

II) Haloperidol: 6 a 15 mg/dia por 3 meses consecutivos.

5. Estudos recentes que compararam a qualidade de vida no emprego de antipsicóticos típicos e atípicos durante um ano de estudo concluíram que não há nenhuma desvantagem em termos de qualidade de vida, sintomas, ou custos associados à assistência em iniciar o tratamento com antipsicóticos atípicos (segunda geração) ao invés dos típicos em pacientes com esquizofrenia. A olanzapina foi o único antipsicótico que demonstrou vantagem em relação à adesão, apesar de estar associada com maior ganho de peso e alterações de metabolismo de glicose e lipídios. Nesses estudos, a eficácia entre antipsicóticos típicos e atípicos foi considerada similar.
6. Um número significativo de antipsicóticos novos vem sendo objeto de ensaios clínicos e alguns deles já se encontram disponíveis no mercado como o Aripiprazol e a Paliperidona.

## **DO PLEITO**

1. **Invega® sustenna™ (Palmitato de Paliperidona suspensão injetável de liberação prolongada):** trata-se de um antagonista de ação central de receptores D2 da dopamina, com atividade antagonista serotoninérgica 5-HT<sub>2A</sub> predominante. A paliperidona também é ativa como um antagonista em receptores adrenérgicos alfa-1 e alfa-2 e histaminérgicos H<sub>1</sub>. Está indicada para o tratamento da esquizofrenia, incluindo tratamento agudo e prevenção de recorrência, e para o tratamento de transtorno esquizoafetivo em monoterapia e em combinação com antidepressivos e/ou estabilizadores do humor. Contraindicado em pacientes com conhecida hipersensibilidade à risperidona, uma vez que a paliperidona corresponde a um metabólito ativo da risperidona.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

### III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. O medicamento **Invega® sustenna™ (Paliperidona suspensão injetável de liberação prolongada)** não está padronizado em nenhuma lista oficial de medicamentos para dispensação através do SUS, no âmbito do Estado do Espírito Santo, assim como não está contemplado em nenhum Protocolo do Ministério da Saúde.
2. Entretanto, cumpre informar que para o tratamento da Esquizofrenia, estão contemplados no **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Esquizofrenia do Ministério da Saúde** e disponíveis na rede estadual de saúde os seguintes medicamentos: **Risperidona, Clozapina, Olanzapina, Ziprasidona e Quetiapina**. Já na rede municipal de saúde, encontra-se disponível além do **Haloperidol oral, Haloperidol decanoato injetável (forma de liberação prolongada)** e **Clorpromazina na apresentação oral**.
3. Todos os antipsicóticos contemplados em tal protocolo, com exceção de clozapina, podem ser utilizados no tratamento, sem ordem de preferência, dos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia que preencham os critérios de inclusão. Os tratamentos devem ser feitos com um medicamento de cada vez (monoterapia), de acordo com o perfil de segurança e a tolerabilidade do paciente. **Em caso de falha terapêutica (definida com o uso de qualquer desses fármacos por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (British Psychiatric Rating Scale – BPRS)**, uma segunda tentativa com algum outro antipsicótico deverá ser feita.
4. **De acordo com o protocolo clínico do Ministério da Saúde, caso haja intolerância por efeitos extrapiramidais, estarão indicados, após ajuste de dose, biperideno ou propranolol. No caso de persistência dos efeitos mesmo depois dessa alternativa, estará indicada a substituição por outro antipsicótico com menor perfil de efeitos extrapiramidais, como olanzapina, quetiapina ou ziprasidona. Recomenda-se a avaliação dos sintomas extrapiramidais pelas escalas Simpson – Angus Rating Scale (SAS), Barnes Aka-**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

**thisia Rating Scale e Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS). Os sintomas extrapiramidais motores devem descrever a ocorrência de pelo menos um dos seguintes grupos: distonia, discinesia, acatisia e parkinsonismo (tremor, rigidez e bradicinesia).**

5. No tratamento da esquizofrenia, a falha terapêutica pode ser caracterizada por diminuição inferior a 30% dos escores prévios da escala BPRS-A, à maior dose tolerável pelo paciente de, pelo menos, duas diferentes classes químicas de antipsicóticos, quais sejam: 1) Clorpromazina 300 a 1000 mg/dia ou tioridazina 400 a 800 mg/dia **por 3 meses consecutivos**; 2) Haloperidol: 6 a 15 mg/dia **por 3 meses consecutivos**, ou ainda pode ser definida com o uso de qualquer um dos fármacos considerados de primeira linha de tratamento, **por pelo menos 6 semanas, nas doses adequadas**, sem melhora de pelo menos 30% na escala de Avaliação Psiquiátrica Breve.
6. Torna-se relevante considerar as informações constantes nos autos, de que a paciente fez uso prévio de diversos tratamentos antipsicóticos e sem fazer uso regular das medicações porque não consegue utilizar medicamento via oral sozinha. Indicado medicamento injetável, relata que já fez uso de haldol decanoato e está em uso clopixon depot e apresenta síndrome extrapiramidal com uso da medicação.
7. **Dentre os medicamentos padronizados supracitados, considerando a baixa adesão do paciente à medicação oral conforme relatado em laudo médico, ressalta-se a medicação injetável de liberação controlada haloperidol decanoato (mesma forma farmacêutica da medicação pleitada), que apesar de ter sido citada como utilizada, não há qualquer esclarecimento detalhado sobre os efeitos adversos apresentados, sua duração e intensidade, bem como as tentativas de minimizar tais efeitos, que são inerentes às medicações antipsicóticas, visto que conforme já informado, em caso de intolerância por efeitos extrapiramidais, estarão indicados, após ajuste de dose, biperideno ou propranolol.**
8. Atualmente é consenso entre os especialistas que a adesão é fator central na prescrição





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- psiquiátrica e que esta deve ser amplamente negociada entre o médico e o paciente. Os motivos pelos quais os pacientes não aderem ao tratamento vão além da forma farmacêutica empregada; estão preferencialmente relacionados à eficácia e aos eventos adversos.
9. Ao optar por uma forma injetável outros fatores devem ser levados em conta; como o risco de eventos adversos com medicamentos injetáveis de deposição (dificuldade em suspender abruptamente o uso do medicamento em caso de ocorrência de um evento adverso grave), as preferências do usuário em relação à forma de administração (injeções frequentes e regulares) e a organização do serviço de atenção à saúde dos pacientes com esquizofrenia.
  10. De acordo com revisão sistemática realizada pela CONITEC, devido a indicação proposta para incorporação do medicamento **Paliperidona (PP)** para o tratamento da esquizofrenia e para a prevenção da recorrência dos sintomas da esquizofrenia, teria como população alvo pacientes adultos com esquizofrenia que falharam a medicamento típico, seguido de risperidona e clozapina, conforme o PCDT atualmente vigente no SUS. Foram considerados elegíveis para o tratamento com palmitato de paliperidona aqueles pacientes que apresentam dificuldades de adesão à terapia antipsicótica oral com medicamentos atípicos disponíveis no SUS (olanzapina, quetiapina e ziprasidona).
  11. Além da análise dos estudos apresentados pelo demandante, a Secretaria-Executiva da CONITEC realizou busca na literatura por artigos científicos, com o objetivo de encontrar Revisões Sistemáticas e Ensaio Clínicos Randomizados (ECR), considerados a melhor evidência para avaliar a eficácia de uma tecnologia usada para tratamento. As bases pesquisadas foram Medline (via PubMed), The Cochrane Library (via Bireme) e CRD (*Centre for Reviews and Dissemination*). Os termos utilizados na busca foram “paliperidone palmitate”, “Schizophrenia”. Foram considerados os estudos publicados até o dia 07/08/2012, nos idiomas inglês, português ou espanhol.
  12. A revisão sistemática incluiu 5 ensaios clínicos com 2215 participantes no total que compararam paliperidona palmitato com placebo e 220,21 que compararam com rispe-



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- ridona injetável (n = 1969). Todos os estudos foram randomizados e tiveram qualidade metodológica adequada. A maioria dos estudos teve uma fase de hospitalização (*run-in*) prévia à fase duplo-cega.
13. Os desfechos primários avaliados foram: recaída, definida pela recorrência dos sintomas psicóticos; nenhuma melhora clínica no estado global (< 30% redução na escala PANSS); e descontinuação ou saída antes do término do estudo. Apenas um ensaio clínico teve como objetivo avaliar a recaída, nos outros, este desfecho foi relatado como evento adverso.
  14. Os eventos adversos também foram analisados e os resultados mostraram que, quando **comparado com placebo**, o palmitato de paliperidona foi associado a menos relatos de agitação ou agressão (n = 2180, 5 ECRs, RR 0.65 CI 0.46 – 0.91, NND 39 CI 25 – 150) e de uso de ansiolíticos (n = 2170, 5 ECRs, RR 0.89 CI 0.83 – 0.96, NND 16 CI 11 – 44). Foi observado um aumento significativo nos níveis de prolactina sérica tanto em homens quanto em mulheres que receberam paliperidona. Não foi encontrada evidência de disfunção sexual. Os participantes que receberam PP tiveram aumento de peso significativo em comparação ao grupo placebo (n = 2052, 5 ECRs, MD 1.34 CI 0.97 – 1.70).
  15. Quando comparado à risperidona injetável de longa ação, a PP mostrou probabilidade significativamente menor de uso de anticolinérgicos (n = 1587, 2 ECRs, RR 0.67 CI 0.55 – 0.82, NND 13 CI 10 – 24). Foram observadas 6 mortes no grupo da PP e 1 morte no grupo da risperidona, no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa (n = 1967, 2 ECRs, RR 3.62 CI 0.60 – 21.89).
  16. Foi realizada também uma busca nos sítios dos órgãos de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde do Reino Unido, Canadá e Austrália (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH e Pharmaceutical Benefits Advisory Committee – PBAC, respectivamente). A PBAC recomendou a incorporação do Palmitato de paliperidona. **O CADTH e o All Wales Medicines Strategy Group (AWMSG) recomendaram a**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- não incorporação.** Não foi encontrada avaliação do PP pelo NICE, mas em seu *guideline* para o manejo da esquizofrenia é recomendado o uso de antipsicóticos injetáveis em pacientes com dificuldade de adesão aos medicamentos orais, sem indicação de um medicamento específico.
17. As revisões sistemáticas publicadas indicam que o uso de antipsicóticos injetáveis de longa ação pode estar associado a menores taxas de recaída e de abandono do tratamento do que os antipsicóticos orais. Porém, algumas limitações podem comprometer a confiança destes resultados, tais como problemas na randomização e no cegamento, a exclusão de pacientes não-aderentes e o fato de que estas revisões foram baseadas em estudos que compararam o injetável com medicamento oral de diferente princípio ativo. Assim, a diferença das taxas de recaída pode ter sido atribuída à substância e não à forma de administração. Estas limitações podem explicar a alta heterogeneidade entre os estudos – 77,9%. A maioria dos estudos primários incluídos pelas revisões sistemáticas foi realizada com haloperidol e flufenazina injetáveis, **nenhum deles foi realizado com o palmitato de paliperidona** e alguns foram abertos (*open-label*).
18. Os estudos de não-inferioridade demonstram que o **PP é não inferior à risperidona injetável de longa ação**, em relação à descontinuação do tratamento, melhora clínica (redução do PANSS) e taxas de recaída. O que não traz novidades uma vez que o PP é o principal metabólito ativo da risperidona.
19. Estes estudos, no entanto, tiveram algumas limitações importantes, tais como a comparação com placebo, a curta duração e as perdas significativas de seguimento. Os eventos adversos observados nos estudos mostram que o uso da Paliperidona é seguro, no entanto, em se tratando de medicamento novo e de uso crônico, os estudos foram demasiadamente curtos para fazer tal afirmativa.
20. Frente ao exposto, considerando que não consta **qualquer esclarecimento detalhado sobre os efeitos adversos apresentados quando em uso do medicamento injetável padronizado, sua duração e intensidade, bem como as tentativas de minimizar tais efeitos, que são inerentes às medicações antipsi-**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

**cólicas**, entende-se que o medicamento não padronizado, como o pleiteado, deve ficar reservado **apenas** para os casos de **refratariedade comprovada a todas** as alternativas terapêuticas disponibilizadas na rede pública de saúde, **não tendo sido, portanto, contemplados os quesitos técnicos para a disponibilização do mesmo para atendimento ao caso em tela.**



**REFERÊNCIAS**

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

FUCHS, Flávio Danni & WANNMACHER, Lenita. Farmacologia Clínica: Fundamentos da terapêutica racional. 3. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006. 21: 259-265.

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia**. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do\\_e19\\_00.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/do_e19_00.htm). Acesso em 18 de fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos. Palmitato de paliperidona para o tratamento de Esquizofrenia. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Incorporados/PalminatodePaliperidona-final.pdf>. Acesso em 18 de fevereiro 2019.

Tratado de psiquiátrica clínica. 5ª edição – pag.1132. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?>



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

[id=rwDnD urM 4C&pg=PA1132&lpg=PA1132&dq=ziprasidona+ginecomastia+e+ganho+de+peso&source=bl&ots=OLa6MD-vzy&sig=TbLWjxRWMK2 U9exLCedT6ZQC8&hl=pt-BR&sa=X&ei=yvUrVOSbGu7msASwhoLoAw&ved=0CFUQ6AEwCA#v=onepage&q=ziprasidona%20ginecomastia%20e%20ganho%20de%20peso&f=true](http://www.janssen-cilag.com.br/sites/default/files/INVEGA%2oSUSTENNA_PUBVo1_VP_CCDS%200113.pdf). Acesso em 18 de fevereiro 2019.

PALIPERIDONA SUSPENSÃO INJETÁVEL. Bula do medicamento Invega® Sustanne no site do fabricante. Disponível em: <[http://www.janssen-cilag.com.br/sites/default/files/INVEGA%2oSUSTENNA\\_PUBVo1\\_VP\\_CCDS%200113.pdf](http://www.janssen-cilag.com.br/sites/default/files/INVEGA%2oSUSTENNA_PUBVo1_VP_CCDS%200113.pdf)>. Acesso em 18 de fevereiro 2019.

SHOE, D.; PICKA, D.; KIRCH, D. G. Paranóia. National Institute of Mental Health EUA. Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. Disponível em: <<http://www.psiquiatriageral.com.br/tema/paranoia.htm>>. Acesso em 18 de fevereiro 2019.

OLIVEIRA, I. R. Antipsicóticos atípicos: farmacologia e uso clínico. In: Rev. Bras. Psiquiatr. - vol. 22 s. 1 São Paulo May 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000500013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000500013&script=sci_arttext)>. Acesso em 18 de fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Palmitato de paliperidona para o tratamento de Esquizofrenia**. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 40. Abril, 2013.