

**ADOLESCÊNCIA FRAGMENTADA: RELATO DE CASO DE MÚLTIPLOS TRANSTORNOS –
PACIENTE ADOLESCENTE DO ESTADO DO TOCANTINS – TO**

**FRAGMENTED ADOLESCENCE: CASE REPORT OF MULTIPLE DISORDERS -
ADOLESCENT PATIENT FROM THE STATE OF TOCANTINS - TO**

 <https://doi.org/10.63330/armv1n4-011>

Submetido em: 20/06/2025 e Publicado em: 26/06/2025

Regiane Cristina do Amaral Santos

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Glaciane Sousa Reis

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Ana Cristina Santos Lima

Faculdade Anhanguera de Brasília. Unidade Shopping Taguatinga, Taguatinga Sul. DF

Jeane Silva Dantas Lisboa Oliveira

Faculdade Anhanguera de Brasília. Unidade Shopping Taguatinga, Taguatinga Sul. DF

Luciene Alves dos Santos Silva

Faculdade Anhanguera de Brasília. Unidade Shopping Taguatinga, Taguatinga Sul. DF

Heron Flores Nogueira

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Rachel de Oliveira Rabelo

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Olyver Tavares de Lemos Santos

Faculdade Anhanguera de Brasília. Unidade Taguatinga Sul, Taguatinga. DF

Luzinei dos Santos Braz

Faculdade Anhanguera de Brasília – Unidade Taguatinga, Taguatinga, DF

Gregório Otto Bento de Oliveira

Faculdade Anhanguera de Brasília. Unidade Shopping Taguatinga, Taguatinga Sul. DF

RESUMO

O relata do caso clínico referente a paciente do sexo feminino, quatorze (14) anos de idade, estudante do ensino fundamental e solteira. Natural da cidade de Pedro Afonso – TO, residente na cidade de Rio Sono – TO, paciente realiza acompanhamento com a equipe multiprofissional na Unidade de Saúde da Família de Rio Sono. Quando acometida da hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), a paciente continua sob acompanhamento e sua atual progressão se deu através de um diagnóstico, além da intervenção psicoterápica e psicofarmacológica. A paciente entre os anos de dois mil e vinte dois (2022) e dois mil e vinte e três (2023) recebeu diagnósticos de diversos transtornos mentais, com terapia farmacológica que apresentou falhas na associação de fármacos contribuindo e trazendo prejuízos no



quadro de saúde mental da paciente, destacando-se a importância de uma atuação da equipe multiprofissional focada não somente em tratamento farmacológico, mas que busca uma associação de medidas que visem a melhoria na qualidade de vida da paciente.

Palavras-chave: Adolescência; Transtorno de ansiedade generalizada; Transtorno afetivo bipolar; Diagnóstico; Psicoterapia; Psicofarmacologia.

ABSTRACT

The clinical case report concerning a female patient, fourteen (14) years of age, elementary school student and single. Born in the city of Pedro Afonso - TO, resident in the city of Rio Sono - TO, the patient is being monitored by the multidisciplinary team at the Family Health Unit of Rio Sono. When affected by the diagnostic hypothesis of Generalized Anxiety Disorder (GAD), the patient continues under monitoring and her current progression occurred through a diagnosis, in addition to psychotherapeutic and psychopharmacological intervention. Between the years two thousand and twenty-two (2022) and two thousand and twenty-three (2023), the patient was diagnosed with several mental disorders, with pharmacological therapy that presented flaws in the combination of drugs, contributing to and causing harm to the patient's mental health, highlighting the importance of the multidisciplinary team's action focused not only on pharmacological treatment, but also seeking a combination of measures aimed at improving the patient's quality of life.

Keywords: Adolescence; Generalized anxiety disorder; Bipolar affective disturbance; Diagnosis; Psychotherapy; Psychopharmacology.



1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição entre a vida infantil e a vida adulta, onde o ser está em busca da própria identidade. Para Papalia e Feldman (2013; p. 386), a adolescência é “uma transição do desenvolvimento que envolve mudanças físicas, cognitivas, emocionais e sociais e assume formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos”. As alterações naturalmente recorrentes na adolescência podem se apresentar como dificultadores de psicodiagnósticos, uma vez que, oscilação de humor, por exemplo, faz parte dessa fase de desenvolvimento.

Além de todas as mudanças naturais dessa fase do desenvolvimento, adolescentes podem desenvolver algum tipo de transtorno psicológico, dentre eles, transtornos hipercinéticos, ansiosos e de humor, podendo dificultar ainda mais sua passagem por essa fase. De acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 11 e os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – 5 - TR, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) CID F 41.1, é caracterizada pela presença de medo ou preocupação excessiva na maior parte dos dias, prolongando-se por vários meses, tornando-se persistente. O Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, CID F 41.2, apresenta-se com sintomas ansiosos e depressivos simultaneamente, não tendo predominância e intensidade que seja suficiente para justificar um diagnóstico isolado.

O Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH), CID F 90.0, transtorno com início precoce, manifestando padrões persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, dificultando a adaptação funcional ao ambiente, interferindo diretamente no funcionamento e no desenvolvimento do indivíduo. O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), CID F 31.0; é um tipo de transtorno de humor caracterizado por episódios de variação extrema entre dois polos: a depressão e a mania/hipomania. Persistente, de longa duração, grave, podendo causar em alguns casos, sintomas psicóticos. Seus episódios depressivos ou maníacos podem estar relacionados com situações ou fatores estressantes. Causando grande impacto na vida do paciente, de sua família e sociedade, ocasionando prejuízos frequentemente irreparáveis em várias áreas da sua vida, nos estudos, na saúde, em suas interações sociais, além do sofrimento psicológico.

Diante de todas as dificuldades que surgem na adolescência, enfrentar o diagnóstico de um transtorno psicológico é um desafio tanto para o adolescente, quanto aos familiares e aos profissionais. É de suma importância nesses casos, o acompanhamento de uma equipe multiprofissional, como os das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no qual encontrarão um acolhimento e receberão um diagnóstico mais preciso, que auxiliará nas escolhas das estratégias e intervenções necessárias a serem aplicadas no tratamento do paciente/usuário com transtornos psicológicos (SILVA, *et al*, 2019).

O capítulo aborda a respeito do caso clínico de uma paciente do sexo feminino que possui quatorze (14) anos de idade, cursando ensino fundamental, solteira, heterossexual, é natural de Pedro Afonso – TO e é residente da cidade de Rio Sono – TO, sendo usuária/paciente da Unidade de Saúde da Família de Rio



Sono. Essa apresenta episódios de crises de ansiedade desde dois mil e vinte e dois (2022), iniciando seu acompanhamento psicoterápico quando acometida da hipótese diagnóstica de Transtorno de Ansiedade Generalizada com a então psicóloga da UBS na época, o acompanhamento psicoterápico foi interrompido por 8 meses devido a saída da profissional da unidade, voltando os atendimentos acontecerem com a chegada de uma nova psicóloga n, a paciente continua sob acompanhamento da equipe multiprofissional da UBS e acompanhamento particular psiquiátrico e sua atual progressão se deu através de um diagnóstico diferenciado e minucioso.

2 RELATO DO CASO

2.1 PARTICIPANTE

Helena (pseudônimo utilizado para manter confidencialidade), quatorze (14) anos, sexo feminino, adolescente, solteira, estudante do ensino fundamental e heterossexual. Apresentava como queixa muita agitação com comportamentos eufóricos, relatando vir tentando contra a vida por meio do autoextermínio, não aceita o próprio corpo, com práticas de mutilação, possuindo diagnósticos psiquiátricos de Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

2.2 HISTÓRIA DE VIDA DA PACIENTE

Helena relatou ter tido uma infância difícil, tendo que lidar com a rejeição do genitor ao se separar da sua genitora quando ainda criança, com o vício da genitora em bebidas alcoólicas e medicamentos controlados, no qual aos dez (10) anos de idade, no ano de dois mil e vinte (2020) acabou lidando com a morte da mesma. A adolescente foi criada pela avó materna desde os seus primeiros anos de vida, mas após a morte da genitora, em dois mil e vinte e três (2023) decidiu ir para a cidade vizinha morar com seu genitor na esperança de se reconectar e criar laços afetivos com o mesmo, a madrasta e o novos irmãos. A paciente partilhou que durou cerca de quatro (4) meses essa convivência, o bastante para dar início ao seus episódios de crises de ansiedade, pois não era bem tratada pelos seus responsáveis, passando por dificuldades, privações e até mesmo agressões verbais, físicas e psicológicas da madrasta e do genitor. Reconhecendo que não a caberia ali naquele lugar, decidiu voltar a morar com sua avó que sempre foi sua referência materna, de amor e cuidados.

2.3 HISTÓRIA FAMILIAR

Helena é proveniente de uma camada socioeconômica de classe média. A genitora sempre foi ausente nos cuidados, pois apresentava transtornos psicológicos fazendo uso de medicamentos psiquiátricos e vícios em bebidas alcoólicas. O genitor muito distante, não ajudando na criação e na educação da mesma.



Os pais se separaram quando Helena ainda era criança e o genitor mudou-se de cidade por não saber lidar com seus problemas pessoais. A avó materna assumiu a criança Helena desde a separação dos genitores, provendo financeiramente a casa, sendo extremamente cuidadosa, protetora e preocupada com a educação e saúde da paciente. O genitor atualmente é recasado e a genitora faleceu no ano de dois mil e vinte (2020).

2.4 HISTÓRICO MÉDICO – PRONTUÁRIO UBS

A paciente apresentou uma história de adoecimento psíquico iniciado há cerca de 2 anos quando era considerada ansiosa, CID F 41.1 (Transtorno de Ansiedade Generalizada), em dois mil e vinte e dois (2022) começou a ser acompanhada pela equipe multiprofissional da Unidade de Saúde da Família de Rio Sono (UBS) na cidade de Rio Sono – TO. Em 2022 começou a desencadear crises recorrentes no qual apresentava agitação, sudorese, taquicardia, formigamento, nervosismo persistente, foi atendida na UBS pelo médico da estratégia de saúde da família e então encaminhada para iniciar o acompanhamento com a psicóloga clínica. Com o decorrer dos acompanhamentos a responsável da paciente foi orientada pela psicóloga a leva-la para um acompanhamento com um médico psiquiátrico e foi nas consultas com esse profissional em Palmas –TO no ano de dois mil e vinte e três (2023) que recebeu seu segundo diagnóstico de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10 e os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM – 5-TR, com CID F 41.2 (Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão) e CID F 90.0 (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) e deu-se início ao tratamento medicamentoso com Paroxetina 2 x 20 mg ao dia, Metilfenidato 2 x 20 mg ao dia e Quetiapina 2 x 25 mg ao dia, segundo o psiquiatra que a atendeu ela seria tratada para o transtorno misto de ansiedade e depressão e para o TDAH inicialmente, na ocasião o psiquiatra decidiu que em casos de crises mais severas dos transtornos precisaria que a responsável levasse a paciente para atendimento de urgência na UBS.

Com o interrompimento do acompanhamento psicoterápico devido a saída da psicóloga da UBS e com o uso adequado das medicações, após decidir passar um tempo com seu genitor a paciente começou a ter crises ansiosas frequentes, com automutilação e tentativas de autoextermínio, levando-a inclusive a internação hospitalar. Em um de seus retornos ao psiquiatra que a diagnosticou com os CIDs citados acima, com o surgimento de novos sintomas da paciente, como tristeza profunda, ideação e tentativas de suicídio, euforia, agressividade, palpitações, confusão mental, dispneia, foi então que em agosto de 2023 surgiu o terceiro diagnóstico de acordo com o CID – 11 e o DSM – 5, CID 31.0 (Transtorno Afetivo Bipolar), o psiquiatra então decidiu aumentar as doses de Metilfenidato para 4 x 20 mg e a Quetiapina para 4 x 25 mg, ambos para tomar no período da noite.

Helena em setembro de 2023, após um surto psicótico no qual quebrou todos os objetos de vidros que havia em casa e utilizou cacos para cometer automutilação, foi encaminhada pelo Conselho Tutelar (CT) e Polícia Militar (PM) para a UBS, no qual era necessário atendimento médico para a contenção do



surto e tratamento das feridas. Após esse episódio foi encaminhado com urgência para acompanhamento psicológico com a nova psicóloga da UBS. Inicialmente a psicóloga encontrou resistência e dificuldade em marcar sessões com a paciente, pois ela se encontrava resistente ao tratamento, uma primeira sessão foi marcada com a responsável para uma anamnese breve e com auxílio da sua responsável, a avó, ela compareceu após a terceira tentativa da psicóloga em marcar o atendimento. Paciente com comportamentos agitados e desafiadores, se mostrando de forma eufórica, com dificuldades de interação social, agressividade, com ideação e tentativa de suicídio, relatando vontade incontrolável de comprar coisas novas e que odeia seu próprio corpo, se sentindo gorda. Apresentou a psicóloga seus diagnósticos recebidos das consultas com o psiquiatra e a mesma, relata: *“eu odeio esse psiquiatra, ele já tentou me internar várias vezes dizendo que o celular é o meu maior problema”*. Com o estabelecimento de vínculo terapêutico a paciente se tornou frequente aos atendimentos psicoterápicos, com a avaliação feita de acordo com as técnicas utilizadas no decorrer das sessões a profissional pôde perceber e evidenciar que a paciente não preenchia critérios diagnósticos para o TDAH e Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, que a mesma encontrava-se na fase aguda do TAB e o tratamento medicamentoso estava inadequado provocando efeitos serotoninérgicos, a paciente estava apresentando galactorreia com uma desregulação provocada pelo excesso de prolactina causada pelo medicamento Quetiapina. Percebendo a necessidade de alterar o tratamento medicamentoso a psicóloga, convidou o médico da UBS a se reunirem e estudarem o melhor tratamento medicamentoso para realizar com a paciente naquele momento, e com ajuda e orientação de um farmacêutico especialista em transtornos mentais, foi dado início a um novo protocolo de medicamentos. Inicialmente para que pudessem realizar a contenção e fazer com que a paciente saísse da fase aguda do TAB, para então entrar com tratamento medicamentoso de manutenção do transtorno, iniciou-se com Haloperidol 1mg durante 3 meses, Lítio 1 x 300 mg e Prometazina 1 x 50 mg. Após a estabilização da paciente, atualmente o tratamento medicamento de manutenção do transtorno é feito com Lítio 1 x 300 mg/dia, Prometazina 1 x 50 mg/dia e Clozapina 1 x 25mg/dia. Com a mudança terapêutica medicamentosa e com o devido acolhimento e acompanhamento psicológico, o quadro clínico de Helena vem evoluindo progressivamente e apresentando uma melhora significativa na qualidade de vida da mesma, a responsável da paciente nega que ela tenha tido novos surtos psicóticos, relatou uma melhora no padrão de sono, ainda evoluindo com períodos de mania, alteração no tom de voz e se encontra menos agitada após as novas adaptações.

3 DISCUSSÃO DO DIAGNÓSTICO

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é uma disfunção mental que afeta o estado de humor fazendo com que o sujeito acometido sofra períodos alternados de humor maníaco, depressivo e normal com duração de semanas ou meses (ELIAS, 2023). Estudos revelam que o TAB pode ocorrer em crianças e adolescentes,



sendo que quando são investigados, pacientes adultos 60% relatam sintomas antes dos vinte (20) anos e entre 10% e 20% dos pacientes dizem que os sintomas surgiram antes dos dez (10) anos de idade (MORAES, GON ZAZULA, 2016). Atualmente busca-se saber mais sobre como diferenciá-lo de outros transtornos mais comuns na infância, além de como ser tratado e prevenido. Segundo Elias (2023) o TAB pode apresentar causas genéticas, falhas no desenvolvimento fisiológico de estruturas cerebrais, além de poder ser agravado por uso de determinadas drogas e toxinas ambientais. Estudos atestam que algumas infecções como a COVID-19 estiveram recentemente associadas a casos intensos de mania (MEEDER, ADHIKARI, 2022).

De acordo com Carvalho (2022) o diagnóstico é realizado a partir do relato do paciente e dos sinais e sintomas referidos e observados nas avaliações clínicas, a partir do reconhecimento de oscilações significativas de humor alternado com episódios de euforia e irritabilidade, episódios bem caracterizados de intensidade relevante e de forma claramente disfuncional segundo a fase da adolescência, as experiências de vida, valores familiares e culturais (BASCO, 2009). Faz-se uso de uma rigorosa avaliação psiquiátrica com o auxílio de testes toxicológicos baseando-se na identificação de sintomas de mania (humor elevado) e relatos de remissão e recaídas (CORREA, BARBOSA, 2017). Antes de se atestar o TAB é preciso descartar outras enfermidades e o uso de entorpecentes por meio de avaliação médica. É necessário também avaliar outros agentes desencadeantes como estresse psicológico, abuso sexual, violências diversas, negligência entre outros agravantes (CORREA, BARBOSA, 2017). Carvalho (2022) relata que devido as dificuldades de acesso e as variações clínicas que vão emergindo, o diagnóstico tendem a ser demorado, levando em média dez (10) anos para ser realizado, retardando as intervenções possíveis e prejudicando a evolução do paciente.

Alguns medicamentos normalmente indicados para adultos têm obtido resultados eficazes em tratamento com crianças e adolescentes, apresentando resultados clínicos de forma a reduzir os fatores desestabilizadores de humor e aumentar as estratégias estabilizadoras (DILER, BIRMAHER, 2019). Segundo Basco (2009), após o controle dos sintomas, os pacientes podem apresentar prejuízos em relação ao desempenho acadêmico e estabelecimento de relacionamentos interpessoais, por isso é necessário manter o tratamento para amenizar as perdas. Infelizmente é frequente a não adesão e abandono ao tratamento o que coloca em risco o prognóstico e contribui para que os sintomas se agravem. Não reconhecer a importância da saúde mental na infância e adolescência pode comprometer a identificação precoce dos sintomas e dificultar a possibilidade de um tratamento adequado e eficaz (MORAES, GON, ZAZULA, 2016).



4 DISCUSSÃO DO TRATAMENTO

A intervenção farmacológica em casos como do caso clínico não se trata de uma opção, e sim de uma necessidade essencial para conter os surtos e preservar a vida do paciente assim como de familiares e demais envolvidos. Para a discussão do tratamento farmacológico, na tabela 1, será discorrido as principais indicações, efeitos adversos, interações medicamentosas e contraindicações dos fármacos prescritos no caso clínico.

Tabela 1: Tratamento farmacológico – caso clínico “Helena”.

Fármaco	Indicações	Efeitos adversos	Interações Medicamentosas	Contraindicações
Paroxetina	Tratamento de depressão, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtorno de pânico, transtorno de ansiedade social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Purgato et al., 2014).	Náusea, sonolência, tontura, insônia, perda de apetite, disfunção sexual.	Aumenta os efeitos de outros medicamentos serotoninérgicos (p. ex., triptanos, outros antidepressivos), pode interagir com anticoagulantes, pode ser afetada por indutores/inibidores da CYP2D6.	Hipersensibilidade à paroxetina, uso concomitante com inibidores da MAO, início recente de tratamento com metiltionínio cloreto.
Metilfenidato	Tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), narcolepsia (STOREBØ et al., 2018).	Insônia, perda de apetite, aumento da pressão arterial, taquicardia, dor de cabeça, ansiedade.	Pode interagir com inibidores da MAO, medicamentos anti-hipertensivos, anticoagulantes e outros estimulantes do sistema nervoso central (SNC).	Hipersensibilidade ao metilfenidato, ansiedade grave, tensão, agitação, hipertireoidismo, hipertensão grave, doenças cardíacas, glaucoma.
Quetiapina	Tratamento da esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão maior (adjuvante) (YILDIZ et al., 2014)	Sonolência, ganho de peso, tontura, boca seca, constipação, dislipidemia.	Pode interagir com medicamentos que afetam o sistema nervoso central (álcool, benzodiazepínicos), indutores/inibidores da CYP3A4.	Hipersensibilidade à quetiapina, concomitância com medicamentos que prolongam o intervalo QT.
Haloperidol	Tratamento de esquizofrenia, transtornos psicóticos, síndrome de Tourette, agitação psicomotora, náuseas e vômitos severos (ADAMS et al., 2013).	Sintomas extrapiramidais (distonia, parkinsonismo, acatisia), sonolência, boca seca, constipação, aumento de peso, disfunção sexual.	Pode interagir com medicamentos que prolongam o intervalo QT, depressores do SNC, lítio, medicamentos anticolinérgicos.	Hipersensibilidade ao haloperidol, coma, doença de Parkinson, lesões dos gânglios da base, depressão grave do SNC.
Lítio	Tratamento de transtorno bipolar, profilaxia de episódios maníacos e depressivos, tratamento adjuvante na depressão maior (McKNIGHT et al., 2012).	Tremores, ganho de peso, náusea, diarreia, hipotireoidismo, disfunção renal.	Pode interagir com diuréticos, anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), inibidores da ECA, antagonistas dos receptores da angiotensina II.	Hipersensibilidade ao lítio, insuficiência renal, doenças cardíacas graves, desidratação, desequilíbrios eletrolíticos significativos.
Prometazina	Tratamento de alergias, enjoo e náusea, insônia (curto prazo), ansiedade	Sonolência, tontura, boca seca, visão turva, retenção urinária, constipação.	Pode interagir com depressores do SNC,	Hipersensibilidade à prometazina, uso em crianças menores de 2 anos



	pré-operatória, controle de sintomas de resfriados (CHURCH et al., 2010).		álcool, inibidores da MAO, anticolinérgicos.	devido ao risco de depressão respiratória, pacientes com glaucoma de ângulo fechado.
Clozapina	Tratamento de esquizofrenia resistente ao tratamento, redução do risco de comportamento suicida em esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo (OKHUIJSEN et al., 2020).	Agranulocitose, ganho de peso, sedação, taquicardia, hipotensão ortostática, constipação.	Pode interagir com medicamentos que afetam o sistema nervoso central, inibidores/indutores da CYP1A2, medicamentos que prolongam o intervalo QT.	Hipersensibilidade à clozapina, história de agranulocitose induzida por fármacos, epilepsia não controlada, coma.

Fonte: (Adaptado) Autores, 2024

Um ocorrido pontual, durante em uma das consultas médica, a solicitação do exame de gravidez, beta-HCG, justificativa pela produção de secreção mamária, colostro, e tumefação das mamas, sintomas que estão associados a gravidez. Após realização do exame, resultado negativo. Os psicotrópicos, especialmente os antipsicóticos, são frequentemente associados à hiperprolactinemia induzida por medicamentos. Essa condição se caracteriza por níveis elevados de prolactina no sangue, um hormônio crucial para a produção de leite materno. Estudos demonstram uma relação preocupante entre a dose de antipsicóticos e a concentração de prolactina no organismo. **Quanto maior a dose do medicamento, maior a probabilidade de hiperprolactinemia.** A hiperprolactinemia deve ser avaliada nos pacientes com prescrição de psicotrópicos caso se verifiquem sinais e sintomas associados à hiperprolactinemia (MARINHO, 2019).

O metilfenidato é um medicamento frequentemente prescrito para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e, em alguns casos, para narcolepsia. Sua utilização deve ser acompanhada por um profissional de saúde, que irá determinar as doses adequadas conforme a necessidade do paciente (BRASIL, 2022). Na tabela 2, é apresentado o esquema terapêutico do metilfenidato.



Tabela 2: Esquema posológico do fármaco metilfenidato

Apresentação do Metilfenidato	Dose Inicial	Dose Máxima	Horários de Administração
Liberação Imediata.	5 mg, 2 a 3 vezes ao dia	60 mg/dia	Pela manhã e após o almoço. Evitar à tarde/noite.
Liberação Sustentada (Ex: Concerta-nome comercial).	18 mg ao dia	72 mg/dia	Uma vez ao dia pela manhã, preferencialmente antes do café da manhã.
Liberação Prolongada (Ex: Ritalina LA).	20 mg ao dia	60 mg/dia	Uma vez ao dia pela manhã.

Fonte: (Adaptado – autores) Brasil, 2020

É fundamental afã, quando é observado que no 2º esquema de tratamento da paciente do caso clínico foi prescrito o fármaco metilfenidato 20 mg 4 vezes ao dia/noite. Como detalhado na tabela 2, e de acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Brasil (2022), não é uma conduta a prescrição do metilfenidato ser administrado para o período noturno, pois trata-se um agonista do sistema noradrenérgico, ocasionando a ativação do sistema SARA (Sistema Reticular Ascendente Ativado), responsável pelo estado de vigília. Ou seja, podendo ocasionar insônia no paciente.

Discorrendo sobre a quetiapina, é um antipsicótico atípico utilizado no tratamento de diversas condições psiquiátricas, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão maior, especialmente em casos resistentes a outros tratamentos. Atua principalmente através do bloqueio dos receptores de serotonina (5-HT_{2A}) e dopamina (D₂), mas também interage com outros receptores neurais. Os efeitos colaterais comuns incluem sedação, ganho de peso e efeitos metabólicos adversos (MedlinePlus, 2024). Na tabela 3, apresentaremos o esquema terapêutico da quetiapina, de acordo com Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esquizofrenia, do Ministério da Saúde do Brasil.



Tabela 3: Esquema posológico do fármaco quetiapina

Indicação	Esquema terapêutico
Esquizofrenia em adultos	Dose Inicial: Dia 1: 50 mg/dia Dia 2: 100 mg/dia Dia 3: 200 mg/dia Dia 4: 300 mg/dia Dose de Manutenção: 300 a 450 mg/dia (ajustável até 750 mg/dia)
Transtorno Bipolar	Dose Inicial (Mania): Dia 1: 100 mg/dia Dia 2: 200 mg/dia Dia 3: 300 mg/dia Dia 4: 400 mg/dia Ajustável em até 200 mg/dia até um máximo de 800 mg/dia
Depressão Bipolar	Dose Inicial: 50 mg/dia ao deitar 1º dia 100 mg/dia no 2º dia 200 mg/dia no 3º dia 300 mg/dia no 4º dia Dose de Manutenção: 300 mg/dia (ajustável até 600 mg/dia)
Transtorno Depressivo Maior (adjuvante)	Dose Inicial: 50 mg/dia ao deitar-se nos primeiros 2 dias Aumentar para 150 mg/dia ao deitar nos dias subsequentes Dose de Manutenção: 150 mg/dia (ajustável entre 50 e 300 mg/dia)

Fonte: (Adaptado) Brasil, 2013

Antes dos pontos em destaque na prescrição do caso clínico em análise, é relevante destacar que a quetiapina é frequentemente utilizada *off-label* (fora da bula, em tradução do *inglês*), para diversas condições além das indicações aprovadas, como transtornos de ansiedade, insônia, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtornos de personalidade. No tratamento da insônia, por exemplo, doses baixas de quetiapina são prescritas devido aos seus efeitos sedativos. Além disso, a quetiapina é usada para o manejo de sintomas de ansiedade e agitação em pacientes com demência, apesar das preocupações com o aumento do risco de eventos adversos (MEDSCAPE, 2024). Na tabela 3 é possível observar o esquema posológico quando prescrito o fármaco quetiapina, de acordo com a PORTARIA Nº 364, Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Podemos observar que a quetiapina fez parte do tratamento farmacológico da paciente no 1º esquema de tratamento, e no 2º esquema de tratamento, entretanto, no segundo esquema também estava prescrito o metilfenidato. Buscou-se entender a justificativa da prescrição de quetiapina 100 mg/dia/noite e metilfenidato. Cabe o questionamento: a prescrição da quetiapina, deu-se como tentativa de controlar os efeitos noradrenérgicos do metilfenidato? Que por sua vez, a quetiapina possui propriedades sedativas devido à sua ação antagonista nos receptores histamínicos H1 e serotoninérgicos 5-HT2A, o que pode contrabalançar os efeitos estimulantes do metilfenidato e ajudar a induzir o sono? Não houve um esclarecimento claro e objetivo por parte do prescritor, pois ao consultarmos o esquema terapêutico do metilfenidato, tabela 2, é recomendado a administração pela manhã, evitando quadros de insônia e agitação, fatores que estavam sendo observados na paciente.



No terceiro esquema terapêutico, tanto o metilfenidato e quetiapina foram supridos, substituídos por estabilizador do humor, lítio, prometazina como *off-label* para ansiedade e/ou indutor do sono, e haloperidol, antipsicótico de 1ª geração, em substituição a quetiapina, como uma tentativa de minimizar os efeitos da hiperprolactenemia, como efeito adverso observado na paciente. Cabe destacar que hiperprolactenemia já foi associado a quadros de depressão e ansiedade (RAMOS et al., 2023).

Já no 4º esquema terapêutico, temos os seguintes fármacos: lítio, estabilizador de humos, como justificativa devido ao diagnóstico de bipolaridade da paciente, prometazina, mantida como a mesma finalidade terapêutica, terceiro esquema terapêutico, e substituição do haloperidol por clozapina, como fármaco de escolha para as crises de tentativas de suicídio, relatado no caso clínico. A seguir, será descrito com mais detalhes o 4º esquema de prescrição, com a particularidade de cada fármaco contido na prescrição, mantidos até a presente escrita do relato clínico.

A prescrição de lítio, prometazina e clozapina juntos é uma abordagem complexa, mas pode ser necessária em pacientes com múltiplas condições psiquiátricas, como risco de suicídio, transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão e ansiedade. Cada um desses medicamentos tem um papel específico e suas interações devem ser cuidadosamente monitoradas para garantir a segurança e eficácia do tratamento (RASDAL et al., 2017).

O lítio é um estabilizador de humor amplamente utilizado no tratamento do transtorno bipolar e na prevenção de episódios maníacos e depressivos. Ele também é eficaz na redução do risco de suicídio em pacientes com transtornos de humor. O lítio modula a neurotransmissão através da inibição de inositol monofosfatase, levando à estabilização do humor. Estudos mostram que o lítio é eficaz na redução da mortalidade por suicídio em pacientes com transtorno bipolar (PANITZ, 2023). O lítio possui várias funções, incluindo o bloqueio de efeitos mediados por receptores ao inibir a inositol monofosfatase. Isso resulta no bloqueio da via do fosfatidilinositol (PI), impedindo a formação do trifosfato de inositol, que é essencial em alguns ciclos, como o da fosfolipase C. Além disso, o lítio atua sobre a noradrenalina (NA), aumentando sua recaptação e diminuindo sua liberação. Ele também influencia a enzima glicogênio quinase 3β (GSK-3β) no sistema nervoso central, promovendo a fosforilação de substratos que contribuem para a homeostase do indivíduo com transtorno bipolar. (RANG; DALE; RITTER, 2016; MOREIRA; MATOS, 2015).

A prometazina é um anti-histamínico de primeira geração com propriedades sedativas, utilizado principalmente para tratar alergias, náuseas e insônia. Em contextos psiquiátricos, pode ser utilizada para reduzir a ansiedade e melhorar o sono. Seu mecanismo de ação é através do bloqueio dos receptores histamínicos H1 no SNC, resultando em efeitos sedativos. Prometazina é frequentemente usada como adjuvante no tratamento de ansiedade e insônia em pacientes psiquiátricos (MANTOVANI et al., 2010).



A clozapina é um antipsicótico atípico usado principalmente para tratar esquizofrenia resistente ao tratamento. Ela também pode ser eficaz na redução de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes esquizofrênicos. Sendo indicado para casos de Esquizofrenia resistente ao tratamento, depressão e ansiedade em contextos psicóticos. Sua farmacodinâmica dá-se pelo bloqueio de receptores dopaminérgicos D2 e serotoninérgicos 5-HT_{2A}, além de outros receptores neurotransmissores. Clozapina é eficaz em reduzir a gravidade dos sintomas esquizofrênicos e tem mostrado benefícios na redução de sintomas depressivos e ansiosos (ELKIS; MELTZER, 2007).

Na tabela 4, é indicado as possíveis interações e riscos observados na prescrição do 4º esquema de tratamento no caso clínico.

Tabela 4: Resumo da prescrição – 4º esquema no manejo farmacológico

Interação medicamentosa	Interação	Monitoramento
Lítio e Clozapina	A combinação pode aumentar o risco de toxicidade do SNC e agranulocitose.	Exames de sangue regulares para monitorar níveis de lítio e contagem de células sanguíneas são essenciais.
Lítio e Prometazina	A prometazina pode potencializar os efeitos sedativos do lítio.	Monitorar sinais de sedação excessiva e ajuste de doses conforme necessário.
Clozapina e Prometazina	Ambas podem causar sedação e hipotensão, aumentando o risco quando usadas juntas.	Monitorar sinais de sedação excessiva e hipotensão, especialmente ao iniciar o tratamento.

Fonte: Autores, 2024

Válido ressaltar que seis (6) meses após o início do 4º esquema de tratamento com lítio na dosagem 300mg/dia, foi solicitado exames laboratoriais para monitoramento dos níveis do lítio no sangue da paciente e em abril de 2024 os resultados obtidos foram considerados dentro da normalidade. A prescrição conjunta de lítio, prometazina e clozapina pode ser justificada em pacientes com múltiplas condições psiquiátricas, mas requer um monitoramento rigoroso para prevenir interações medicamentosas e complicações graves. A abordagem integrada desses medicamentos pode proporcionar um controle mais abrangente dos sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

5 DISCUSSÃO DE PROGNSTICO

Pessoas com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) precisam de tratamento medicamentoso contínuo para evitar episódios de mania e hipomania, que complicam a continuidade do tratamento, há um elevado número de pacientes que não aderem ao tratamento medicamentoso (MIASSO; CARMO; TIRAPELLI, 2012). É essencial adotar e incentivar abordagens que permitam uma compreensão holística do paciente, considerando sempre sua percepção global. Reconhecer a importância da psicoterapia e do apoio social como elementos cruciais no tratamento do indivíduo é fundamental (COSTA; GÓES; MORAIS, 2021).



As intervenções psicossociais, em conjunto com o tratamento farmacológico, têm demonstrado efeitos benéficos na manutenção do tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Grupos que utilizam psicoeducação e psicoterapia, especialmente com abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal, têm apresentado resultados positivos (CORREA L. M; LIMA R. C, 2020). O diagnóstico precoce se faz fundamental a fim de melhorar o prognóstico e a adesão ao tratamento juntamente com equipe multidisciplinar, medicamentos, intervenções terapêuticas, suporte familiar e social (FILHO et., al, 2023).

6 CONCLUSÃO

Mediante o exposto é notório a importância da equipe multiprofissional atuante e ativa na promoção, recuperação e cuidados na saúde de pacientes adolescentes acometidos com transtornos psiquiátricos. O caso relatado mostra-se com falhas no processo de acolhimento, diagnósticos, cuidados e tratamento farmacológico, no qual o médico psiquiatra inferiu diversos transtornos mentais sem que houvesse avaliação psicológica minuciosa com ferramentas, técnicas e testagens, com isso adotou um esquema de terapia farmacológica que trouxe prejuízos a saúde física e mental da mesma. Compreende-se diante do relato de caso a necessidade evidente de compreender melhor o acolhimento inicial, avaliação e diagnóstico diferencial de um paciente adolescente com transtornos mentais, evidenciando claramente que os efeitos adversos do tratamento farmacológico agravou e possivelmente potenciador que desencadearia outras possíveis patologias, notando-se a ausência de uma participação efetiva de um farmacêutico para acompanhamento e aconselhamento farmacoterapêutico. Dado a importância do relato, torna-se necessário o acompanhamento de uma equipe multiprofissional qualificada com abordagens e técnicas apropriadas para o bom andamento do apoio e tratamento terapêutico.



REFERÊNCIAS

ADAMS, C. E.; BERGMAN, H.; IRVING, C. B.; LAWRIE, S. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 11, CD003082, 15 nov. 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD003082.pub3. PMID: 24242360. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24242360/>. Acesso: 16 de jul. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Referência rápida aos critérios do DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BASCO, Monica R. Vencendo o Transtorno Bipolar com a Terapia Cognitivo-Comportamental. 1. ed. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2009. 256 p. v. 1. ISBN 978-8536316291.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.º 364, de 9 de abril de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Esquizofrenia. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-esquizofrenia-livro-2013-1.pdf>>. Acesso em: 21 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220804_Relatorio_733_PCDT_TDAH.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2024.

CARVALHO, Orli. Pesquisa alerta sobre transtorno bipolar e comportamento suicida na adolescência. PORTAL FIOCRUZ, [S. l.], p. 1-3, 15 set. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisador-alerta-sobre-transtorno-bipolar-e-comportamento-suicida-na-adolescencia>. Acesso em: 17 abr. 2024.

CHURCH, M. K.; MAURER, M.; SIMONS, F. E.; BINDSLEV-JENSEN, C.; VAN CAUWENBERGE, P.; BOUSQUET, J.; HOLGATE, S. T.; ZUBERBIER, T.; GLOBAL ALLERGY AND ASTHMA EUROPEAN NETWORK. Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2)LEN position paper. *Allergy*, v. 65, n. 4, p. 459-466, abr. 2010. DOI: 10.1111/j.1398-9995.2009.02325.x. Epub 2010 Feb 8. PMID: 20146728. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20146728/>>. Acesso em: 16 jul. 2024.

CORRÊA, Jessica Brenda; BARBOSA, Claudia Waltrick Machado. Transtorno Bipolar na adolescência e as consequências do diagnóstico tardio: um estudo de caso. UNIFACVEST, [s. l.], 10 out. 2017. Disponível em: <https://www.unifacvest.edu.br/assets/uploads/files/arquivos/a15a0-jessica-brenda-correa--transtorno-bipolar-na-adolescencia-e-as-consequencias-do-diagnostico-tardio-um-estudo-de-caso-2017.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2024.

CORREA, M. L; LIMA, C. R. O transtorno bipolar na rede: a construção do diagnóstico em um grupo on-line. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280406, 2018 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Ht3GqPtHFkDXSXRBJNBqw7c/abstract/?lang=pt>.

COSTA, K. M. Q; GÓES, R. M; MORAIS, M. M. N. A influência dos aspectos subjetivos na adesão ao tratamento do transtorno bipolar: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 70, n. 4: p. 330–337, 2021 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/snfCwdwYFHt6rPywxydcJQ#>.

DALGALARRONO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 2009.



DILER, Rasim Somer Diler; BIRMAHER, Boris Birmaher. Transtorno Bipolar em crianças e adolescentes. Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP, [s. l.], 5 dez. 2019. Disponível em: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/d292a0364156f1423e70d7b1a6461b7656ff195f/E.2-Bipolar-Portuguese-2020.pdf. Acesso em: 18 abr. 2024.

ELIAS, Josephine. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes. MANUAL MSD, [s. l.], 10 maio 2023. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/transtornos-psi%C3%A1tricos-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes/transtorno-bipolar-em-crian%C3%A7as-e-adolescentes>. Acesso em: 18 abr. 2024.

ELKIS, Helio; MELTZER, Herbert Y. Esquizofrenia refratária. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 29, p. S41-S47, 2007.

FILHO, M. T. M; DANTAS, V.V; NAKAIE, K. Y; JORDÃO, J. A. Transtorno bipolar: uma análise abrangente dos aspectos clínicos e terapêuticos. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 6, n. 5, p.22973-22985, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63420/45631>. Acesso: 17 de jul.2024.

MARINHO, Guadalupe. Hiperprolactinemia associada a psicotrpicos. *Psiquiatria de Bolso*, p. 37, ano. 2019.

McKNIGHT, R. F.; ADIDA, M.; BUDGE, K.; STOCKTON, S.; GOODWIN, G. M.; GEDDES, J. R. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, v. 379, n. 9817, p. 721-728, 25 fev. 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61516-X. Epub 2012 Jan 20. PMID: 22265699. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22265699/>. Acesso: 16 de jul. 2024.

OFF-LABEL uses of quetiapine. *Medscape*. Disponível em: <https://www.medscape.com/viewarticle/870389>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MEEDER, Ryan; ADHIKARI, Samicchya; SIERRA-CINTRON, Kiela; AEDMA, Kapil. Mania e psicose de início recente em adolescentes no contexto da infecção por COVID-19. *Publimed*, [s. l.], 22 abr. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35607548/>. Acesso em: 17 abr. 2024.

MIASSO, A. I; CARMO, B. P; TIRAPELLI C. R. Transtorno afetivo bipolar: perfil farmacoterapêutico e adesão ao medicamento. *Ver. Esc Enferm USP*. v. 46, n 3: p. 689-95, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qprkrk5sF7m3dWr4hNmJ9HGd/?format=pdf&lang=pt>.

MORAES, Renata Garcia de Almeida; GON, Márcia Cristina Caserta; ZAZULA, Robson. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes: critérios para diagnóstico e revisão de intervenções psicossociais. *Psico (Porto Alegre)*, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 77-87, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010353712016000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 abr. 2024.

MANTOVANI, Célia et al. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 32, p. S96-S103, 2010.

OKHUIJSEN-PFEIFER, C.; STERK, A. Y.; HORN, I. M.; TERSTAPPEN, J.; KAHN, R. S.; LUYKX, J. J. Demographic and clinical features as predictors of clozapine response in patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v.



111, p. 246-252, abr. 2020. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.01.017. Epub 2020 Jan 23. PMID: 31982601. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31982601/>. Acesso: 16 de jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CID-10 Vol. 1: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: EDUSP, 2017. ISBN 9788531401930.

PAPALIA, D. E. e FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano, Porto Alegre, Artmed, 2013.

PANITZ, Gabriel de Oliveira. Lítio e prevenção do suicídio em pacientes com transtorno bipolar: uma revisão narrativa da literatura. 2023.

PHILLIPS, Mary L.; KUPFER, David J. Diagnóstico do transtorno bipolar: desafios e direções futuras. THE LANCET, [s. l.], 11 maio 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60989-7/abstract#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60989-7/abstract#%20). Acesso em: 16 abr. 2024.

PURGATO, M.; PAPOLA, D.; GASTALDON, C.; TRESPIDI, C.; MAGNI, L. R.; RIZZO, C.; FURUKAWA, T. A.; WATANABE, N.; CIPRIANI, A.; BARBUI, C. Paroxetine versus other anti-depressive agents for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2014, n. 4, CD006531, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006531.pub2>>. Acesso: 16 jul. 2024.

QUETIAPINE. MedlinePlus, U.S. National Library of Medicine. Disponível em: <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a698019.html>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SILVA, J. F. DA. et al. Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e18063, 2019.

RAMOS-MARTÍNEZ, E.; RAMOS-MARTÍNEZ, I.; VALENCIA, J.; RAMOS-MARTÍNEZ, J. C.; HERNÁNDEZ-ZIMBRÓN, L.; RICO-LUNA, A.; et al. Modulatory role of prolactin in type 1 diabetes. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, v. 44, n. 1, p. 79-88, 2023.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. *Farmacologia*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

MOREIRA, K. H. R., MATOS, R. R. Farmacoterapêutica utilizando lítio no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina*; v.1, n. 1, p. 37-53, 2014.

RASDAL, Roxane Reis; JAIGOBIND, Susan Amaral; PAULA, Cristiane da Silva. Interações medicamentosas envolvem carbonato de lítio em prescrições de pacientes de uma clínica de reabilitação de Curitiba-PR. *Visão acadêmica*, v. 18, n. 2, pág. 12-22, 2017.

STOREBØ, O. J.; PEDERSEN, N.; RAMSTAD, E.; KIELSHOLM, M. L.; NIELSEN, S. S.; SIMONSEN, E. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents – assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29744873/>. Acesso: 16 de jul. 2024.

VIEIRA, A. C. L.; BATISTA, C. C. L.; RIBEIRO, L. F. G. Tratamento e acompanhamento de pacientes com Transtorno Afetivo Bipolar. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 5, n.5, p.18679-18689, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/52074/38968>.

YILDIZ, A.; NIKODEM, M.; VIETA, E.; CORRELL, C. U.; BALDESSARINI, R. J. A network meta-



analysis on comparative efficacy and all-cause discontinuation of antimanic treatments in acute bipolar mania. *Psychological Medicine*, v. 50, n. 5, p. 798-806, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25036226/>. Acesso: 16 de jul. 2024.