Nota Técnica 349037

Data de conclusão: 16/05/2025 15:58:44

Paciente

Idade: 28 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Cachoeira do Sul/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: Juízo B do 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 349037

CID: F31 - Transtorno afetivo bipolar

Diagnóstico: F31 Transtorno afetivo bipolar

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Eletroconvulsoterapia (ECT)

O procedimento está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Eletroconvulsoterapia (ECT)

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: sim, estão disponíveis para o tratamento do TAB estabilizadores de humor (carbonato de li?tio, ácido valpróico, carbamazepina, lamotrigina), antipsicóticos (ziprasidona, risperidona, quetiapina, olanzapina, clozapina, haloperidol) e antidepressivos (fluoxetina) [12,16].

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Eletroconvulsoterapia (ECT)

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Eletroconvulsoterapia (ECT)

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A Eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento em que se aplica uma pequena corrente elétrica em um paciente para produzir uma convulsão cerebral generalizada sob anestesia geral. A ECT é utilizada principalmente no tratamento da depressão grave e refratária, mas também há estudos que indicam seu potencial benefício para pacientes com outras condições, incluindo esquizofrenia, transtorno bipolar, transtorno esquizoafetivo, catatonia e síndrome neuroléptica maligna (17, 18).
Há diversos estudos, principalmente com desenho observacional, que sugerem potencial eficácia e segurança da ECT no manejo do TAB. Apesar disso, a maioria dos estudos disponíveis apresenta qualidade metodológica baixa.
Em um ensaio clínico randomizado controlado aberto publicado em 2015 por Schoeyen et. al. (19), foram incluídos 73 pacientes com depressão bipolar resistente ao tratamento farmacológico. Os pacientes foram divididos aleatoriamente para receber ECT ou tratamento farmacológico baseado em algoritmos. A ECT foi realizada na frequência de três sessões por semana por até 6 semanas, com colocação unilateral direita de eletrodos de estímulo e estimulação de pulso breve. Como resultado, a ECT foi significativamente mais eficaz do que o tratamento farmacológico baseado em algoritmos. As pontuações médias nas escalas aplicadas no final do período de tratamento de 6 semanas foram menores para o grupo de ECT do que para o grupo de tratamento farmacológico: redução de 6,6 pontos na escala MADRS (EP=2,05, IC 95%=2,5–10,6), em 9,4 pontos na versão de 30 itens do IDS-C (EP=2,49, IC 95%=4,6–14,3) e em 0,7 pontos na impressão clínica global para transtorno bipolar (EP=0,31, IC 95%=0,13–1,36). A taxa de resposta (ou seja, melhora parcial de sintomas) foi significativamente maior no grupo ECT do que no grupo que recebeu tratamento farmacológico baseado em algoritmo (73,9% versus 35,0%), mas a taxa de remissão não diferiu entre os grupos (34,8% versus 30,0%).
Em revisão sistemática com metanálise realizada em 2011 (20), os autores identificaram 51 ensaios clínicos que avaliaram a ECT no tratamento do TAB. Um estudo foi considerado “controlado” quando a ECT foi comparada com um placebo equivalente (como a ECT simulada) ou com qualquer outra condição de ausência de tratamento. O estudo era considerado “comparativo” quando a ECT foi comparada com outro tipo de tratamento, como uma substância farmacologicamente ativa. Estudos não-comparativos incluídos avaliaram o efeito da ECT por meio de uma comparação antes-depois em um único grupo de sujeitos. Em relação à eficácia da ECT para o tratamento do episódio maníaco do transtorno bipolar, dos 28

estudos identificados, apenas 3 foram controlados por placebo ou comparados a algum outro tratamento ativo. Em um deles, um estudo duplo-cego randomizado controlado no qual pacientes de ambos os grupos estavam tomando clorpromazina, a ECT foi considerada superior à ECT simulada. Nos outros dois estudos comparativos randomizados não-cegos a ECT foi mais eficaz que o lítio e que a combinação de lítio com haloperidol. Na mesma revisão, para o tratamento do episódio misto do TAB foram identificados 4 ensaios clínicos não comparativos que avaliaram a eficácia da ECT em pacientes com TAB em um episódio misto. Dois deles foram prospectivos. Em um dos estudos prospectivos, 23 dos 41 pacientes foram considerados respondedores. Este estudo também indicou que a ECT levou a uma redução significativa dos sintomas. No outro estudo prospectivo a taxa de resposta global foi de 76%. Considerando apenas os sintomas depressivos, a taxa de resposta foi de 66%. Em relação ao episódio depressivo do TAB, os autores não identificaram nenhum ensaio clínico controlado.
Nessa revisão sistemática, a qualidade baixa dos estudos e a ausência de descrição clara sobre como foi avaliado o tamanho do efeito em muitos dos estudos incluídos não permitiram conclusões objetivas sobre a magnitude do benefício obtido com o uso de ECT. Por fim, os autores concluem que pelos achados da revisão, a eficácia e os efeitos adversos da ECT em pacientes com TAB foram pouco investigados e que os estudos disponíveis apresentam problemas metodológicos importantes. Esse cenário contrasta com a ampla experiência clínica anedótica que sugere que a ECT é uma ferramenta importante no tratamento das fases maníaca e depressiva do TAB. Apesar disso, os autores destacam as altas taxas de resposta terapêutica observadas nos estudos disponíveis.
Revisão sistemática com metanálise conduzida por Bahji et al (23) que avaliou apenas estudos com desenhos não-randomizados comparou a taxa de resposta, remissão e velocidade de resposta entre pacientes com Transtorno Depressivo Maior (TDM) e em pacientes com episódio depressivo do Transtorno Afetivo Bipolar. A resposta foi geralmente definida como uma redução de pelo menos 50% na pontuação total da escala HAM-D ou da escala MADRS em relação ao valor basal. A remissão foi geralmente definida como uma pontuação < 7 na HAM-D de 17 itens ou uma pontuação < 10 na HAM-D de 24 itens. Dezenove artigos foram incluídos na análise. Ambos os grupos apresentaram resposta. Embora as taxas de resposta à ECT tenham sido estatisticamente maiores entre os pacientes com episódio depressivo do TAB (OR = 0,73, IC 95%: 0,56–0,95, P = 0,02), as taxas de remissão foram semelhantes entre os grupos (OR = 0,91, IC 95%: 0,65–1,26, P = 0,56). Indivíduos com TAB precisaram de um número menor de sessões de ECT para obter resposta em relação aos pacientes com TDM (DPM = -0,23, IC 95%: -0,44 a -0,023, P = 0,03). Em resumo, a ECT foi considerada mais eficaz no tratamento de indivíduos com depressão bipolar em comparação com a depressão maior unipolar em termos de resposta clínica, mas demonstrou ser igualmente eficaz na obtenção de remissão. Além disso, um número menor de sessões de ECT foi necessário para obter resposta clínica em pacientes com TAB em comparação com TDM. Cabe salientar que essa revisão avaliou estudos com desenhos não-randomizados. O principal risco de ensaios não-randomizados é a ocorrência de vieses. Como os grupos não foram distribuídos aleatoriamente entre tratamentos diferentes, eles podem diferir entre si em relação às características iniciais da amostra, e outros fatores não relacionados ao tratamento em estudo podem afetar o desfecho, o que prejudica a avaliação precisa do efeito da intervenção.
Outro estudo, observacional (24), baseado em registros em prontuários identificou 1251 pacientes com TAB que foram submetidos ao tratamento com ECT entre os anos de 2011 e 2016 em hospitais na Suécia. A taxa de resposta, definida pela pontuação na escala CGI-I entre 1 a 2, foi de 80,2%. Os autores concluíram que a eletroconvulsoterapia para depressão bipolar foi associada a taxas de resposta muito altas. Os fatores prognósticos mais fortes foram idade avançada, ausência de comorbidade com transtorno obsessivo-compulsivo ou com

transtorno de personalidade, e menor quantidade de medicamentos utilizados previamente.
Custo:

Item	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Sessão de Eletroconvulsoterapia (ECT)	20	R$ 1.650,00	R$ 33.000,00

Tabela de custo baseada no valor do orçamento de menor valor total apresentado (Evento 1, OUT8, Página 1). O valor unitário foi calculado com base no valor total, dividido pela quantidade total de sessões.
Não foram encontrados estudos de custo-efetividade adequados à realidade brasileira comparando a ECT com alternativas disponíveis no SUS para a condição em tela. Para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior, um estudo (27) concluiu que a ECT associada a medicamentos antidepressivos demonstrou ser uma estratégia custo-efetiva em comparação a terapia com medicamentos antidepressivos em pacientes com depressão resistente sob a perspectiva de uma operadora de saúde de autogestão. Foi realizado um modelo de Markov com ciclo de 6 semanas para estimar a razão de custo-efetividade incremental da ECT associada a medicamentos antidepressivos, em comparação à estratégia medicamentos antidepressivos apenas, sob perspectiva de uma operadora de saúde de autogestão e com horizonte temporal de um ano. A medida de efetividade foi QALY - anos de vida ajustados por qualidade. A análise de custo-efetividade do modelo demonstrou uma razão de custo-efetividade incremental de R$ 2.460,25 por QALY na estratégia de ECT. O valor se encontra abaixo do limiar de custo-efetividade definido no Brasil (R$ 40.000,00 por QALY)

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: potencial melhora de episódios maníacos, depressivos e mistos do TAB. No entanto, os estudos disponíveis apresentam limitações metodológicas que prejudicam a interpretação dos resultados e a definição de sua eficácia e em quais cenários clínicos o procedimento seria melhor indicado.

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

Conclusão

Tecnologia: Eletroconvulsoterapia (ECT)

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A ECT é um tratamento promissor, que mostra taxas importantes de resposta terapêutica entre pacientes com transtorno bipolar com sintomatologia grave. Apesar disso, os estudos disponíveis apresentam limitações metodológicas importantes, levando a prejuízo na interpretação dos resultados e na definição de sua eficácia. Além disso, o cenário clínico em que o procedimento é indicado nem sempre é claro nos estudos disponíveis, o que prejudica a extrapolação dos achados.
Ainda que a ECT pudesse ser considerada uma alternativa de tratamento para casos refratários do TAB, no caso em tela não restou demonstrada a refratariedade às alternativas do SUS. Ainda há alternativas disponíveis que não foram descritas como utilizadas, como a Clozapina, por exemplo. Além disso, mesmo entre as alternativas utilizadas no caso em tela, não ficou demonstrado seu esgotamento. Nesse sentido, digno de nota que de acordo com

atestado médico a risperidona foi utilizada em dose baixa, de 1mg. Em tese, o fármaco pode ser otimizado até a dose de 6 a 8mg/dia, e não foi informado por qual motivo não foi realizada a otimização terapêutica. O fármaco quetiapina, considerado de primeira linha para todas as fases do TAB também foi informado como prescrito em dose abaixo da considerada terapêutica, sem informação consistente quanto à impossibilidade de otimização de dose. Em que pese a afirmação de que a autora apresentou lentificação com a dose de 50mg/dia, é comum que os sintomas sedativos diários tenham resolução com a manutenção do tratamento ou alívio com uso de maior dose à noite, o que possibilita na maioria dos casos uma dose otimizada (pelo menos 300mg/dia).
Por fim, em relação aos estabilizadores do humor lítio e ácido valpróico, também considerados opções terapêuticas de primeira linha do TAB, não há informações objetivas que demonstrem impossibilidade do uso de lítio (mesmo com aumento de nível de TSH, em alguns casos pode se optar pelo uso de levotiroxina para controle de alteração da função da tireóide) e a dose informada em uso de ácido valproico é considerada média, em tese ainda podendo ser otimizada.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:
1. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Soczynska JK, Szpindel I, Bilkey TS, Almagor D, et al. The effect of lisdexamfetamine dimesylate on body weight, metabolic parameters, and attention deficit hyperactivity disorder symptomatology in adults with bipolar I/II disorder. Hum Psychopharmacol Clin Exp. 2013;28(5):421–7.
2. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disord. 2018;20(2):97–170.
3. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014.
4. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(3):241–51.
5. Trisha Suppes. Bipolar disorder in adults: Clinical features. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
6. Baldessarini R, Tondo L, Visioli C. First?episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. Acta Psychiatr Scand. 2014;129(5):383–92.
7. Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Maser J, Solomon DA, et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002;59(6):530–7.
8. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal HS, Maser J, Coryell W, Solomon D, et al. Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. Int J Neuropsychopharmacol. 2003;6(2):127–37.
9. Judd LL, Schettler PJ, Solomon DA, Maser JD, Coryell W, Endicott J, et al. Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. J Affect Disord. 2008;108(1–2):49–58.
10. Gutiérrez?Rojas L, Gurpegui M, Ayuso?Mateos JL, Gutiérrez?Ariza JA, Ruiz?Veguilla M, Jurado D. Quality of life in bipolar disorder patients: a comparison with a general population sample. Bipolar Disord. 2008;10(5):625–34.

11. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo J, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, et al. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. Bipolar Disord. 2016;18(5):440–50.
12. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I [Internet]. 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf
13. Richard C Shelton, William V Bobo. Bipolar major depression in adults: Choosing treatment. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
14. Richard C Shelton, William V Bobo. Bipolar major depression in adults: Efficacy and adverse effects of second-generation antipsychotics. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020;
15. Richard C Shelton, William V Bobo. Bipolar major depression in adults: Efficacy and adverse effects of antidepressants. UpToDate Waltham, MA: UpToDate. 2020
16. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona para o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar [Internet]. 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorio_TranstornoBipolar_CP.pdf
17. Kellner, CH. Overview of electroconvulsive therapy (ECT) for adults. Waltham (MA): UpToDate; 2025 [citado em 16 de abril de 2025]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-electroconvulsive-therapy-ect-for-adults?search=electroconvulsive+therapy&source=search_result&selectedTitle=1%7E94&usage_type=default&display_rank=1
18. Espinoza RT, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy. N Engl J Med 2022; 386:667.
19. Schoeyen HK, Kessler U, Andreassen OA, Auestad BH, Bergsholm P, Malt UF, Morken G, Oedegaard KJ, Vaaler A. Treatment-resistant bipolar depression: a randomized controlled trial of electroconvulsive therapy versus algorithm-based pharmacological treatment. Am J Psychiatry. 2015 Jan;172(1):41-51.
20. Versiani M, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in the treatment of bipolar disorder: a systematic review. J ECT. 2011 Jun;27(2):153-64.
21. Montgomery, S. A., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. The British Journal of Psychiatry, 134(4), 382-389
22. Rush, A. J., Carmody, T. & Reimitz, P.-E. (2000). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): clinician (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR) ratings of depressive symptoms. International Journal of Methods in Psychiatric Research 9, 45–59
23. Bahji A, Hawken ER, Sepehry AA, Cabrera CA, Vazquez G. ECT beyond unipolar major depression: systematic review and meta-analysis of electroconvulsive therapy in bipolar depression. Acta Psychiatr Scand. 2019 Mar;139(3):214-226.
24. Popiolek K, Bejerot S, Brus O, Hammar Å, Landén M, Lundberg J, Nordanskog P, Nordenskjöld A. Electroconvulsive therapy in bipolar depression - effectiveness and prognostic factors. Acta Psychiatr Scand. 2019 Sep;140(3):196-204.
25. Freire MA, Figueiredo VLM de, Gomide A, Jansen K, Silva RA da, Magalhães PV da S, et al. Escala Hamilton: estudo das características psicométricas em uma amostra do sul do Brasil. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2014;63(4):281–9.
26. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. Psychiatry (Edgmont). 2007 Jul;4(7):28-37.
27. Campos PGM. Análise de custo-efetividade da eletroconvulsoterapia no tratamento da depressão resistente Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Tecnologias em Saúde) Instituto Nacional de Cardiologia – INC. Rio de Janeiro, 2023.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: A autora, de 27 anos, pleiteia Eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento dos diagnósticos alegados CID10 F31 (Transtorno Afetivo Bipolar) e F41.1 (Transtorno de Ansiedade Generalizada). Atestado médico (Evento 1, ATESTMED5) informa que a autora encontra-se em tratamento psiquiátrico com consultas regulares e boa adesão ao tratamento clínico e medicamentoso. Informa que "dentre as medicações usadas, todas trouxeram pouco ou nenhum resultado benéfico e sustentado". Cita uso de olanzapina 10mg, com ocorrência de efeitos colaterais intensos (não especifica quais efeitos), sem resposta; uso de lítio, com pouca resposta porém com aumento importante de TSH (não especifica a dose utilizada, nem tempo, nem qual o resultado do exame TSH); Carbamazepina até 800mg sem resposta; sertralina até 100mg por 9 meses; venlafaxina 150mg por 6 meses; escitalopram até 20mg sem resposta; risperidona 1mg, em associação a estabilizadores, sem resposta (não especifica quais estabilizadores associados nem informa motivo de não ter otimizado a dose); pregabalina até 225mg, sem resposta; quetiapina até 50mg com lentificação intensa do pensamento e piora dos sintomas depressivos; duloxetina 60mg com piora, e questiona virada maníaca; e mirtazapina até 30mg, sem efeito. Informa ainda que na data de 04/12/2024 a autora estava em uso de Depakote ER (Valproato de Sódio) 1000mg e quetiapina 25mg/dia, e que seguia com os mesmos sintomas depressivos, porém com características mistas, além de ansiedade generalizada. Acrescenta ainda que a autora seguia com risco de suicídio e não apresentava nenhuma melhora do quadro. Com isso, a médica assistente concluiu que a paciente possui resistência ao tratamento farmacológico, considerando a ECT o tratamento de escolha para o caso. Neste contexto, pleiteia 20 sessões indicadas pela profissional com plano de reavaliação posterior. A presente nota técnica versará, portanto, sobre a Eletroconvulsoterapia para o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar.
O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), ou Transtorno de Humor Bipolar (THB), é uma doença psiquiátrica caracterizada por episódios de mania ou de hipomania e de depressão [1,2]. O episódio de mania clássico envolve humor elevado e eufórico, marcado por desinibição e expansividade a despeito de normais sociais. Há aumento de energia com impulsividade e envolvimento em atividades de risco, trazendo importante prejuízo ao paciente. Em contrapartida, os episódios de depressão são qualificados por tristeza e anedonia (falta de prazer). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o diagnóstico de depressão bipolar consiste na combinação de tristeza e anedonia com, pelo menos, quatro outros sintomas (por exemplo, mudanças no padrão de sono, de apetite, de energia, de atividade psicomotora, de concentração e de pensamento) com duração mínima de duas semanas [3]. Podem ocorrer pensamentos de ruína que, quando impassíveis, são denominados de delírios. No episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, há depressão associada a delírios e, por vezes, a alucinações.
Globalmente, o TAB possui prevalência estimada de 2,4% ao longo da vida - ou seja, trata-se de uma doença relativamente comum [4]. No Brasil, encontrou-se prevale?ncia estimada ao longo da vida de 0,9%. Os primeiros sintomas, em geral, aparecem no final da adolescência e início da vida adulta [5]. A maioria dos pacientes apresenta-se, inicialmente, em episódio depressivo [6]. Normalmente, episódios de mania, hipomania e depressão consomem cerca de metade da vida do paciente diagnosticado com TAB [7,8] de forma que, em um terço do tempo, são incapazes de manter atividades laborais [9]. Mesmo quando assintomáticos, há redução na qualidade de vida quando comparados à população em geral [10]. Dessa forma, o Estudo Global de Carga de Doenças (do inglês, Global Burden of Disease Study) indicou que o TAB é

responsável por 9,9 milhões de anos perdidos à incapacidade, o que representa a 16ª principal causa de anos perdidos à incapacidade no mundo [11]. Estimou-se que, globalmente, o custo anual por pessoa com diagnóstico de THB varia de US$ 1.904 a US$ 33.090.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, o tratamento de TAB varia conforme o curso da doença [12]. Para episódio depressivo recomenda-se, como primeira linha de tratamento, carbonato de lítio em monoterapia. Como segunda linha, sugere-se o antipsicótico quetiapina. Finalmente, como terceira linha de tratamento, recomenda-se o estabilizador de humor lamotrigina. Indica-se também que o uso de antidepressivos (como a fluoxetina), quando em associac?a?o a estabilizadores de humor (como o ácido valproico) ou antipsico?ticos (como a olanzapina), pode ser efetivo no tratamento da depressa?o bipolar.

Em paralelo, para o tratamento de mania aguda, recomenda-se como primeira linha de tratamento o lítio, considerado o fármaco mais bem avaliado no tratamento do THB. Como alternativa, sugerem-se os antipsicóticos em monoterapia ou associados a estabilizadores de humor - entre eles, a olanzapina, a quetiapina, a risperidona, o aripiprazol e a ziprasidona. Depois da remissão do quadro agudo, sugere-se estabilizadores de humor (carbonato de li?tio, a?cido valproico, lamotrigina ou carbamazepina) ou antipsicóticos (olanzapina, quetiapina, risperidona, carbamazepina ou clozapina) para tratamento de manutenção. Diretrizes internacionais reforçam o tratamento indicado em diretriz nacional [2,13–16].