

Transtorno bipolar e psicose na adolescência — sinais de alerta para o pediatra

Reconhecer mania, hipomania e psicose de início precoce, excluir causa orgânica antes de rotular, encaminhar com segurança e cuidar da saúde física de quem usa antipsicótico ou lítio

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Transtorno bipolar (TAB) e psicoses primárias são **raros antes dos 12–13 anos**; o maior risco no consultório é o **superdiagnóstico** — irritabilidade crônica, explosões de raiva ou "ouvir vozes" isoladamente não bastam. Mania é um **episódio** — mudança nítida em relação ao habitual, com euforia ou irritabilidade, energia aumentada, **menos necessidade de sono**, grandiosidade e comportamento de risco por **≥ 7 dias** (hipomania ≥ 4 dias). Todo primeiro quadro psicótico ou maníaco exige **excluir causa orgânica**: intoxicação (cannabis, estimulantes, corticoide, anticolinérgicos), delirium, **encefalite anti-NMDA**, epilepsia, tireoide, lúpus.

Psicose aguda, agitação com risco, confusão mental, catatonia ou ideação suicida = pronto-socorro (🔴). Suspeita sem risco (🟡): encaminhar **com prioridade** ao psiquiatra da infância e adolescência ou ao CAPSi. Antipsicótico e lítio são do especialista; o pediatra monitora peso, metabolismo, prolactina, ECG e litemia. **SAMU 192; CVV 188**.

1. O que é e como se apresenta

Transtorno bipolar — doença de episódios de **mania/hipomania** e **depressão**, com intervalos de funcionamento habitual.

- **Mania (DSM-5-TR; PCDT do MS 2016)**: humor elevado, expansivo **ou** irritável **com aumento de energia**, por **≥ 7 dias** (qualquer duração se internação), e **≥ 3 sintomas** (4 se só irritável): grandiosidade, **menos necessidade de sono**, pressão para falar, fuga de ideias, distratibilidade, agitação, atividades de risco. Prejuízo grave; pode ter psicose. **Hipomania**: ≥ 4 dias, sem prejuízo grave nem psicose.
- **Epidemiologia**: início médio aos **17–21 anos** (PCDT 2016); **muito raro antes da puberdade**, e a maioria dos casos "de espectro" não evolui para TAB no adulto (Parry e cols., 2021).
- **O que não é mania**: irritabilidade crônica sem episódios sugere **transtorno disruptivo da desregulação do humor**, TDAH, transtorno opositor, trauma ou ansiedade; no borderline, o humor muda em horas, com gatilho interpessoal. O NICE (CG185) exige **euforia na maior parte dos dias por ≥ 7 dias** e diz que **irritabilidade não é critério central** no jovem.
- **Virada com antidepressivo**: hipomania ou mania após iniciar ou aumentar ISRS. Risco relativo maior dos **10 aos 14 anos** (Martin, 2004); numa coorte sueca de 43.677 jovens não houve excesso em 12 semanas, e os preditores foram **pai ou mãe com TAB**, antipsicótico ou antiepilético em uso e internação prévia (Virtanen, 2023). Não negar o ISRS a quem precisa, mas **investigar hipomania prévia e história familiar** e orientar a família.

Psicose — perda do juízo de realidade: **alucinações** (em geral auditivas), **delírios** (persecutórios, de referência, de grandeza), **desorganização** do pensamento e do comportamento, **sintomas negativos** (retraimento, apatia, pobreza de fala) e **catatonia** (mutismo, estupor, negativismo, posturas, recusa alimentar).

- **Pródromo:** queda escolar, isolamento, desconfiança, alteração do sono, experiências "atenuadas"; nem todos evoluem (AAP 2021).
- **Início precoce:** esquizofrenia antes dos **13 anos** é rara; abaixo de 6 anos a validade do diagnóstico não foi estabelecida (AACAP 2013). No adolescente, a **mania com psicose** é causa frequente de primeiro episódio psicótico.
- **Não é psicose:** fantasia, alucinações ao adormecer, dissociação do **trauma**, intrusões da ansiedade e do TOC (AACAP 2013). Na Johns Hopkins, **51% dos encaminhados com diagnóstico de esquizofrenia tinham outro diagnóstico** (2019).
- **Fatores de risco:** história familiar de TAB ou psicose, **cannabis** (sobretudo diária e de alta potência) e estimulantes, trauma, síndrome de deleção 22q11.2.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Experiências perceptivas isoladas, com crítica e sem prejuízo; oscilações reativas de humor; ou paciente já diagnosticado e estável	Seguimento pelo pediatra; psicoeducação; monitorização dos medicamentos
 Moderada	Suspeita de hipomania ou mania sem risco; virada com antidepressivo sem agitação nem psicose; sintomas psicóticos atenuados ou persistentes com sofrimento ou queda funcional, sem risco; pródromo ; recaída em paciente tratado	Encaminhar com prioridade ao psiquiatra da infância e adolescência ou ao CAPSi (RAPS), com exames iniciais pedidos; não iniciar antipsicótico no consultório; na virada, contatar o prescritor para rever o antidepressivo
 Grave	Psicose aguda com comportamento guiado pelos sintomas; mania com insônia, agitação ou exposição a risco; agitação com risco para si ou outros; ideação suicida com plano ou tentativa; catatonia ou recusa de comer e beber; confusão , desorientação ou flutuação (delirium); febre, convulsão, rigidez, discinesia ou instabilidade autonômica; suspeita de intoxicação ou toxicidade do lítio	Pronto-socorro ou SAMU 192 ; não deixar sozinho; retirar meios de risco

Fatores que elevam a gravidade: idade < 13 anos; início **agudo**; alucinações **visuais, táteis ou olfativas**; ideação suicida, substâncias, armas ou medicamentos em casa; gravidez; falta de supervisão.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico e longitudinal; os exames **excluem causa orgânica** e dão a linha de base para os medicamentos (AACAP 2013). O NICE reserva o diagnóstico de TAB no jovem ao especialista, após observação prospectiva, **sem questionários na atenção primária**.

Anamnese (adolescente sozinho e família): episódios e duração, sono, riscos; o que ouve ou vê e se tem crítica; **substâncias** (cannabis e vape de THC, canabinoides sintéticos, estimulantes, cocaína); **medicamentos** (corticoide, metilfenidato, anticolinérgicos, antidepressivo recente); febre, convulsão, movimentos anormais; história familiar; maus-tratos; **risco de suicídio**, perguntado diretamente.

Exame físico: sinais vitais, consciência, **exame neurológico completo**, sinais de intoxicação, tireoide, pele e articulações, dismorfias, autolesão ou violência.

Exames iniciais (AACAP 2013; SEUP 2024; PCDT 2016):

PARA QUEM	EXAMES
Todos	Hemograma, glicemia, eletrólitos, cálcio, função renal e hepática, TSH e T4 livre , lipídios, triagem toxicológica de urina, beta-hCG na adolescente
Antes de antipsicótico ou lítio	Peso, estatura, IMC e cintura em curva; PA; glicemia de jejum ou HbA1c; lipídios; ECG se indicado em bula, doença cardiovascular, QT longo ou morte súbita na família (NICE CG155); lítio: creatinina, ureia, TSH e cálcio
Suspeita de encefalite ou delirium (hospital)	EEG, ressonância de crânio, líquido com anticorpos anti-NMDA (líquor e soro), ultrassonografia pélvica (teratoma de ovário)
Conforme a clínica	FAN e complemento (lúpus); EEG; microarray se dismorfias ou deficiência intelectual (22q11.2); ceruloplasmina

Investigação ampla de doenças raras **não é informativa** sem sinais neurológicos (AACAP 2013).

Diferencial que não pode passar:

- **Encefalite anti-NMDA:** começa com **sintomas psiquiátricos** e evolui com **redução da fala, convulsões, discinesias, rebaixamento de consciência e instabilidade autonômica**; provável com instalação rápida de 4 desses 6 grupos e EEG ou líquido alterados (Graus, 2016). **Intolerância grave a antipsicótico** é pista. Tratável.
- **Intoxicação e abstinência:** cannabis, estimulantes, cocaína, alucinógenos, álcool, **corticoide, anticolinérgicos** (pele seca e quente, midríase); a psicose tóxica melhora em dias a semanas (AACAP 2013). Disque-Intoxicação **0800-722-6001**.
- Infecção do SNC, hipoglicemia, distúrbio eletrolítico, trauma craniano; **epilepsia** (estado de mal não convulsivo, psicose pós-ictal); tireoide, **lúpus neuropsiquiátrico**, tumor, Wilson; depressão psicótica, TEPT, TOC, TEA.

4. Tratamento e seguimento

É do **especialista** confirmar o diagnóstico, prescrever, titular e oferecer psicoterapia e intervenção familiar; os PCDT (2013, 2016) orientam a dispensação no SUS. **Não iniciar antipsicótico na atenção primária** no primeiro episódio, salvo em consulta com o psiquiatra da infância e adolescência (NICE CG155).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Risperidona — esquizofrenia, 13–17 anos	0,5 mg/dia; aumentos de 0,5–1 mg/dia a intervalos ≥ 24 h; alvo 3 mg/dia (1–6 mg/dia)	1x/dia (2x se sonolência)	Conforme o especialista	Bula brasileira (Risperdal)
Risperidona — mania bipolar, 10–17 anos	0,5 mg/dia; mesmos aumentos; alvo 2,5 mg/dia (0,5–6 mg/dia)	1x/dia	Conforme o especialista	Bula brasileira (Risperdal)
Aripiprazol	Pelo especialista	—	NICE: reavaliar antipsicótico na mania do jovem em 12 semanas	Sem indicação pediátrica na bula brasileira (Abilify); NICE: mania moderada a grave ≥ 13 anos (TA292)
Carbonato de lítio	Pelo especialista, guiada pela litemia	Conforme a formulação	Longo prazo	Bula de uso adulto; litemia 0,6–1,2 mEq/L; toxicidade > 1,5 mEq/L (PCDT 2016); teratogênico

- **Olanzapina** engorda mais (AACAP 2013); **clozapina** só na esquizofrenia refratária, com hemograma seriado (PCDT 2013).
- **Não usar: valproato em meninas e jovens** salvo sem alternativa (NICE, MHRA; Anvisa); **antidepressivo isolado** na suspeita de TAB (documentos da Biblioteca); antipsicótico para sintomas apenas atenuados (NICE: TCC); dois antipsicóticos de rotina.

Monitorização (o pediatra pode assumir após a estabilização, em cuidado compartilhado):

- **Antipsicótico:** antropometria e PA em 3, 6 e 12 meses; glicemia e lipídios em 3 e 12 meses, depois anuais (PCDT 2013; o NICE pede peso semanal nas 6 primeiras semanas e metabólicos semestrais). **Prolactina se houver sintomas** (galactorreia, alteração menstrual, ginecomastia). **ECG** conforme risco, cuidado com outros fármacos que alargam o QT. Vigiar distonia, acatisia e **síndrome neuroléptica maligna** (febre, rigidez, confusão = ).

- **Lítio:** litemia após cada ajuste e depois periódica; creatinina, ureia, TSH e cálcio periódicos (PCDT 2016; NICE); causa hipotireoidismo (ver "Hipotireoidismo congênito e adquirido"). **Evitar AINE (ibuprofeno)**, diuréticos e IECA; **vômitos, diarreia, febre e desidratação** elevam a litemia — dosar e falar com o psiquiatra.
- **Síndrome metabólica:** estilo de vida; troca de antipsicótico ou metformina com o psiquiatra (AACAP 2013).

Papel do pediatra: adesão, sono, zero cannabis, contracepção, vacinas, escola, **plano de crise** com a família e **linguagem sem estigma** ("adolescente com psicose"); a intervenção familiar reduz recaídas (NICE CG155).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Todos os critérios  da tabela. Confusão, febre, convulsão, discinesia, rigidez ou sinais autonômicos indicam **urgência médica** (delirium, encefalite, síndrome neuroléptica maligna, intoxicação); **toxicidade do lítio:** vômitos, diarreia, tremor grosseiro, ataxia, sonolência. O PCDT (2016) indica a **emergência psiquiátrica** no risco de suicídio, agitação ou psicose; a **avaliação clínica vem antes**.

Como encaminhar

1. **Segurança:** ambiente calmo, sem objetos perigosos, um só profissional falando; **não deixar o adolescente sozinho**.
2. **Contenção verbal** sempre; a medicamentosa é feita no serviço; a **física é o último recurso**, por equipe treinada e com registro (SEUP 2024; NICE CG155). Cautela com **haloperidol** em quem nunca usou antipsicótico (distonia aguda; NICE).
3. Sinais vitais, glicemia capilar e SpO₂; oxigênio para **SpO₂ ≥ 94%**; crise ≥ 5 min: Protocolo de Estado de Mal Convulsivo.
4. **SAMU 192** se agitação grave, rebaixamento, convulsão ou risco no transporte.
5. **Relatório:** evolução, substâncias, medicamentos com doses (inclusive antidepressivo recente), exames, contato do psiquiatra ou CAPSi.
6. CAPSi/RAPS para a continuidade; **notificação obrigatória (compulsória)** de intoxicação exógena e de violência autoprovocada; Conselho Tutelar se maus-tratos (ECA).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Preocupa a **mudança nítida que dura dias**: dormir pouco sem cansaço, falar sem parar, gastar ou se arriscar, sentir-se especial ou perseguido, ouvir ou ver o que os outros não percebem."

- "Se, após iniciar o antidepressivo, seu filho ficar agitado, eufórico ou sem dormir, **fale com o médico no mesmo dia**; não pare nem aumente o remédio por conta própria."
- "Com lítio, **não use ibuprofeno** nem outros anti-inflamatórios; com vômitos, diarreia ou febre, avise o médico."
- **Pronto-socorro ou SAMU 192**: fala de morte ou suicídio, agressividade com risco, confusão, convulsão, febre com rigidez, recusa de comer e beber, ficar imóvel sem responder, tremor grosseiro com vômitos em uso de lítio. **CVV 188**.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Diagnóstico de TAB	Sem documento específico; DC nº 8/2019 exclui mania prévia no diagnóstico de depressão	PCDT 2016, critérios DSM-5; início médio 17–21 anos	Evitar rótulo precoce (2021)	Só pelo especialista; euforia ≥ 7 dias; irritabilidade não central	Diagnóstico possível; irritabilidade predominante (2012)	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Psicose	Sem posição localizada	Excluir causa orgânica e tóxica (PCDT 2013)	Considerar trauma e substâncias	Atenuada: TCC; sustentada ≥ 4 semanas: encaminhar com urgência	SEUP 2024: sinais de organicidade	Superdiagnóstico de esquizofrenia (51%, 2019)	Clínica de psicose precoce (DNP)	Segue o NICE
Exames	Sem posição localizada	Antropometria, PA, glicemia, lipídios; Lítio: TSH, creatinina	Exame físico e neurológico detalhado	Linhas de base com prolactina; ECG conforme risco	Hemograma, bioquímica, tóxicos; TC e punção se deterioração	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE
Tratamento e monitorização	Sem posição localizada	Risperidona, lítio (litemia 0,6–1,2 mEq/L); prolactina se sintomas	Cuidado colaborativo	Aripiprazol na mania ≥ 13 anos; sem valproato; prolactina semestral	Antipsicótico + estabilizador	Sem posição localizada	TCC para psicose, família, farmacologia	Segue o NICE
Crise	Padrão do site:  psicose, mania, agitação	Emergência psiquiátrica se risco	Encaminhar se risco	Contenção por equipe treinada; cautela com haloperidol	Contenção física como última opção	Sem posição localizada	Sem posição localizada	Segue o NICE

Leitura: há consenso sobre raridade antes da adolescência, superdiagnóstico, exclusão de causa orgânica e monitorização metabólica. A **SBP não tem documento específico**; pela regra do site, segue-se o **Ministério da Saúde** (PCDT de TAB tipo I 2016 e de Esquizofrenia 2013; RAPS). Divergências: (1) **irritabilidade** — não central no NICE, predominante na AEP; o site segue o PCDT e o DSM-5-TR (humor irritável **em episódio**, com aumento de energia); (2) **prolactina e intervalos** — NICE: prolactina basal e semestral, metabólicos semestrais; PCDT: prolactina se sintomas, metabólicos em 3 e 12 meses e depois anuais; o site adota o PCDT; (3) **litemia** — 0,6–1,2 mEq/L no PCDT e 0,6–0,8 como alvo inicial no NICE; o site adota o PCDT;

(4) **aripiprazol** — opção do NICE na mania do jovem, sem indicação pediátrica na bula brasileira.

PONTOS PRÁTICOS

1. Mania é **episódio** (≥ 7 dias; hipomania ≥ 4) com energia aumentada e menos necessidade de sono; irritabilidade crônica sem episódios não é TAB.
2. Antes do ISRS, perguntar sobre hipomania e história familiar de TAB.
3. Primeiro quadro psicótico ou maníaco: excluir intoxicação, delirium, encefalite anti-NMDA, epilepsia, tireoide e lúpus; confusão, febre, convulsão ou discinesia =  .
4. Psicose aguda, mania com risco, agitação, catatonia ou ideação suicida: pronto-socorro ou SAMU 192, com contenção verbal.
5. Suspeita sem risco: encaminhar **com prioridade** ao psiquiatra da infância e adolescência ou ao CAPSi, sem iniciar antipsicótico no consultório.
6. No seguimento: peso, cintura, PA, glicemia, lipídios; prolactina se sintomas; ECG conforme risco; litemia, TSH e função renal com lítio, **sem AINE**.

Veja também, nesta Biblioteca: **Transtornos Depressivos na Adolescência, Uso de álcool, tabaco, cigarro eletrônico e outras drogas na adolescência e Psicofármacos na criança e no adolescente** (Saúde mental); **Epilepsias na infância** (Neurologia); **Ansiedade e depressão na infância e adolescência e Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo; Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil; QT longo, canalopatias e prevenção da morte súbita**.

8. Fontes

- SBP, Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Depressão na infância e adolescência (DC nº 8), 2019. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I (Portaria SAS/MS nº 315), 2016. [gov.br](#)
- Ministério da Saúde. PCDT Esquizofrenia (Portaria SAS/MS nº 364), 2013. [gov.br](#)
- AAP, Committee on Adolescence. Collaborative Care in the Identification and Management of Psychosis in Adolescents and Young Adults (Clinical Report), Pediatrics 2021;147(6):e2021051486. [resumo institucional](#)
- NICE. Bipolar disorder: assessment and management (CG185). [nice.org.uk](#)
- NICE. Psychosis and schizophrenia in children and young people (CG155). [nice.org.uk](#)

- AEP. Soutullo C et al. El trastorno bipolar, ¿puede diagnosticarse en la edad pediátrica? An Pediatr Contin, 2012. [elsevier.es](https://www.elsevier.es)
- SEUP (AEP). Principales urgencias psiquiátricas en Urgencias de Pediatría, 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- Johns Hopkins, Early Psychosis Intervention Clinic. Superdiagnóstico de esquizofrenia (J Psychiatr Pract, 2019) — notícia. [news-medical.net](https://www.news-medical.net)
- Boston Children's Hospital. Developmental Neuropsychiatry & Psychosis Clinic. [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)
- AACAP. Practice Parameter for Children and Adolescents With Schizophrenia, 2013. [PDF](#)
- Graus F et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. Lancet Neurol, 2016. [PMC](#)
- Martin A et al. Age effects on antidepressant-induced manic conversion. Arch Pediatr Adolesc Med, 2004. [JAMA](#)
- Virtanen S et al. Antidepressant use and risk of manic episodes in children and adolescents. JAMA Psychiatry, 2023. [PMC](#)
- Parry P et al. Pediatric bipolar disorder rates are still lower than claimed. Int J Bipolar Disord, 2021. [PMC](#)
- Bulas brasileiras: [Risperdal](#), [Abilify](#), [Carbolitium](#).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.