

# Psicofármacos na criança e no adolescente — o que o pediatra precisa saber

Princípios de prescrição, ISRS, medicamentos do TDAH, antipsicóticos atípicos, lítio, valproato e melatonina com idades de bula, doses, monitorização, intoxicações e receita controlada no Brasil

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

Psicofármaco vem **depois do diagnóstico e junto com psicoterapia**, família e escola: **uma mudança por vez, começar baixo e ir devagar**, registro da indicação (muitas são fora da bula), do consentimento dos pais e do assentimento do paciente. **ISRS**: vigiar ideação suicida e ativação no início e retirar devagar.

**Estimulantes**: PA, FC, peso, estatura. **Antipsicóticos**: peso, cintura, PA, glicemia, lipídios, prolactina se sintomas, movimentos. **Lítio**: litemia, rim e tireoide. **Valproato em meninas só sem alternativa**. 🟢 o pediatra conduz o paciente estável; 🟡 efeito adverso relevante, falta de resposta, < 6 anos, antipsicótico, lítio ou polifarmácia: **psiquiatra da infância e adolescência**; 🔴 **ideação suicida com plano, superdosagem, síndrome serotoninérgica ou neuroléptica maligna, intoxicação por lítio, sintoma cardíaco com estimulante: pronto-socorro, SAMU 192, 0800-722-6001.**

## 1. O que é e como se apresenta

Na pediatria, os psicofármacos mais usados são os do **TDAH**, seguidos pelos antidepressivos e antipsicóticos (AEP, 2026). O pediatra **indica** (TDAH a partir de 6 anos; ISRS no adolescente com depressão ou ansiedade moderada a grave, com psicoterapia), **mantém e monitora** o que o especialista iniciou e **reconhece** efeitos adversos e intoxicações.

Na criança há mais ativação com ISRS, reações paradoxais com benzodiazepínicos e mais ganho de peso com antipsicóticos.

**Idades de bula no Brasil**: sertralina — **TOC de 6 a 17 anos**; escitalopram — < 18 anos só com necessidade clara (FDA: ≥ 12 anos); fluoxetina — sem posologia pediátrica no Prozac® (FDA: depressão ≥ 8 anos); metilfenidato, lisdexanfetamina e atomoxetina (Atentah®, comercializado no Brasil desde o fim de 2023 — SBP, DC nº 203/2025) — **≥ 6 anos**; clonidina — fora da bula; risperidona — **autismo ≥ 5 anos**, mania ≥ 10, esquizofrenia ≥ 13; aripiprazol — **sem indicação pediátrica** (FDA: Tourette 6–18); lítio — uso adulto (Guia HSL).

## 2. Classificação de gravidade

| GRAVIDADE  | CRITÉRIOS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CONDUTA                                                                                          |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ● Leve     | Dose estável, com resposta; só efeitos leves (náusea, cefaleia, menos apetite, insônia leve)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Pediatra mantém e monitora; retorno programado                                                   |
| ● Moderada | Sem resposta após dose e tempo adequados; PA $\geq$ p95, FC > 120 bpm, perda de peso ou tiques novos (estimulante); ativação ou acatisia (ISRS); ganho de peso, dislipidemia ou galactorreia (antipsicótico); hipotireoidismo ou poliúria (lítio); < 6 anos; indicação de antipsicótico, lítio, valproato ou dois psicofármacos; suspeita de bipolaridade                                        | Psiquiatra da infância e adolescência ou CAPSi, <b>com prioridade</b> se efeito adverso ou piora |
| ● Grave    | Ideação suicida com plano ou tentativa; mania, psicose ou agitação com risco; <b>ingestão excessiva</b> (ver abaixo); <b>síndrome serotoninérgica</b> ou <b>neuroléptica maligna</b> ; distonia aguda com dificuldade para respirar ou engolir; intoxicação por lítio; dor torácica, síncope ou palpitações com estimulante; QTc $\geq$ 500 ms; icterícia, vômitos e dor abdominal com valproato | <b>Pronto-socorro</b> ; SAMU 192 se instável; 0800-722-6001                                      |

**Fatores de risco que elevam a gravidade:** tentativa prévia, autolesão, medicamentos acessíveis em casa, substâncias; bipolaridade ou morte súbita < 40 anos na família; cardiopatia, QT longo, fármacos que prolongam o QT; obesidade ou diabetes; desidratação ou doença renal (lítio); menina em idade fértil (valproato, lítio).

## 3. Diagnóstico no consultório

**Antes de prescrever:** diagnóstico por critérios (DSM-5-TR/CID-11), sintomas-alvo medidos com escala (SNAP-IV, PHQ-A), risco de suicídio e intervenção não farmacológica em curso. O site segue a SBP: prescrição por profissional experiente no manejo de psicofármacos (DC nº 8/2019).

**Não pode passar: transtorno bipolar** (antidepressivo isolado precipita mania); substâncias, hipotireoidismo, distúrbios do sono; **cardiopatia e QT longo**; **gravidez** antes de valproato ou lítio.

**Avaliação basal e seguimento por classe:**

| CLASSE                               | ANTES DE INICIAR                                                                                                                                  | SEGUIMENTO                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ISRS                                 | Risco de suicídio, bipolaridade, medicamentos em uso; ECG só se cardiopatia ou QT longo                                                           | Contato em 1 semana e a cada 1–2 semanas por 4–8 semanas                                                                                                                                |
| Estimulantes, atomoxetina, clonidina | Síncope, dor torácica ou palpitações ao esforço; morte súbita familiar; PA, FC, peso, estatura; <b>ECG só com fator de risco</b> (documento TDAH) | PA e FC a cada ajuste e 6/6 meses; peso 3/3 meses até 10 anos, depois 6/6; estatura 6/6 meses (NICE); tiques                                                                            |
| Antipsicóticos atípicos              | Peso, estatura, cintura; PA; glicemia de jejum; lipídios; história cardíaca; ECG se cardiopatia                                                   | Antropometria e PA em 3, 6 e 12 meses; hemograma, glicemia e lipídios em 3 e 12 meses; depois anual; <b>prolactina se galactorreia ou alteração menstrual</b> ; movimentos (PCDT, 2022) |
| Lítio                                | Creatinina, ureia, eletrólitos, cálcio, TSH, ECG, gravidez                                                                                        | Litemia 8–12 h após a dose, 2x/semana na fase aguda (bula); depois rim e tireoide                                                                                                       |
| Valproato                            | Hemograma, plaquetas, TGO/TGP                                                                                                                     | Idem e nível sérico (AEP 6/6 meses; PCDT anual)                                                                                                                                         |

## 4. Tratamento e seguimento

**Princípios (SBP, DC nº 8/2019; AEP, 2026; NICE):** plano com psicoterapia, família e escola; **começar baixo, ir devagar** (ISRS: 4–6 semanas na dose efetiva); **uma mudança por vez**; menor dose eficaz; **retirada gradual**; o adulto guarda e administra.

**Doses (antipsicótico, lítio e valproato são iniciados pelo especialista; o pediatra mantém):**

| MEDICAMENTO                         | DOSE                                                                                                                                                                                     | INTERVALO           | DURAÇÃO                                               | OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fluoxetina                          | Início <b>10 mg/dia (&lt; 40 kg) ou 20 mg/dia (≥ 40 kg)</b> ; alvo 20–40 mg; máx. 60 mg/dia                                                                                              | 1x/dia, manhã       | 6–12 meses após a remissão                            | 1ª escolha na depressão (documentos da Biblioteca; FDA ≥ 8 anos)                                       |
| Sertralina                          | Início <b>25 mg/dia</b> (6–12 anos) ou 50 mg/dia (13–17); até 200 mg/dia                                                                                                                 | 1x/dia              | Idem                                                  | Bula (TOC); depressão e ansiedade fora da bula                                                         |
| Escitalopram                        | Início <b>10 mg/dia</b> ; máx. 20 mg/dia                                                                                                                                                 | 1x/dia              | Idem                                                  | Padrão do site (GLAD-PC 2018); prolonga o QT                                                           |
| Metilfenidato liberação imediata    | 5 mg 1–2x/dia; aumentos semanais; máx. 60 mg/dia                                                                                                                                         | Manhã e almoço      | Contínuo                                              | Bula; formas prolongadas no documento TDAH                                                             |
| Lisdexanfetamina                    | 30 mg/dia; ajustes semanais; máx. 70 mg/dia                                                                                                                                              | Manhã               | Contínuo                                              | Bula; SBP: peso > 20 kg                                                                                |
| Atomoxetina (≤ 70 kg)               | ≈ 0,5 mg/kg/dia; após ≥ 3 dias, ≈ 1,2 mg/kg/dia; máx. 1,4 mg/kg/dia ou 100 mg                                                                                                            | 1x/dia ou 2 tomadas | Efeito pleno em até 6 semanas                         | Bula Atentah® e SBP (DC nº 203/2025); > 70 kg: 40 → 80 mg (máx. 100); vigiar ideação suicida           |
| Clonidina                           | Início 0,025 mg/dia, aumento gradual conforme PA e FC; faixa 0,025–0,3 mg/dia                                                                                                            | Fracionada          | Contínuo; <b>retirada lenta</b> (rebote hipertensivo) | SBP 2018 (documento Tiques)                                                                            |
| Risperidona (irritabilidade no TEA) | <b>&lt; 20 kg</b> : 0,25 mg/dia nos dias 1–3, depois 0,5 mg (faixa 0,5–1,5); <b>≥ 20 kg</b> : 0,5 mg/dia, depois 1 mg (faixa 1–2,5); aumentos a cada ≥ 2 semanas; > 45 kg até 3,5 mg/dia | 1–2x/dia            | Reavaliar em 14 dias e 6 semanas                      | Bula brasileira; PCDT (Portaria Conjunta nº 7/2022)                                                    |
| Aripiprazol                         | < 50 kg: 2 mg/dia por 2 dias, depois 5 mg (máx. 10); ≥ 50 kg: 2 → 5 → 10 mg (máx. 20)                                                                                                    | 1x/dia              | Especialista                                          | Sem indicação pediátrica na bula brasileira; dose da bula FDA (Tourette) e SBP 2018 (documento Tiques) |
| Carbonato de lítio                  | Dose guiada pela <b>litemia 0,6–1,2 mEq/L</b> ; tóxico                                                                                                                                   | 2–3 tomadas         | Especialista                                          | Bula de uso adulto; litemia do PCDT de                                                                 |

| MEDICAMENTO     | DOSE                                                                           | INTERVALO                 | DURAÇÃO      | OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA                                                                      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | acima de 1,5 mEq/L                                                             |                           |              | TAB (2016) e AEP 2026                                                                        |
| Ácido valproico | Início 10–15 mg/kg/dia; manutenção 15–40 (até 60) mg/kg/dia; máx. 2.500 mg/dia | 8/8 ou 12/12 h            | Especialista | Documento Epilepsias; meninas só sem alternativa (Anvisa, PCDT)                              |
| Melatonina      | 0,5–1 mg; raramente > 3–6 mg                                                   | 30–90 min antes de deitar | Curto prazo  | AAP (documento Distúrbios do sono); só com indicação médica, após medidas de sono (SBP 2020) |

**ISRS: alerta de suicidalidade** (FDA; bulas) abaixo de 25 anos no início. **Ativação ou acatisia:** reduzir a dose; euforia e pouca necessidade de sono sugerem **virada maníaca** (encaminhar com urgência). **Interações serotoninérgicas:** tramadol, triptanos, linezolida, dextrometorfano; IMAO exige 14 dias (5 semanas após fluoxetina — bula). **Retirada: 25% a cada 4 semanas** (documentos da Biblioteca; NICE: 6 a 12 semanas).

**Estimulantes (documento TDAH):** tiques novos — reduzir e discutir com o especialista (SBP); sintomas obsessivo-compulsivos são alerta da Anvisa (GGMON nº 10/2025); **PA ≥ p95 ou FC > 120 bpm em duas medidas** — reduzir e avaliar; suspender na psicose ou mania (NICE).

**Antipsicóticos atípicos:** síndrome metabólica, sedação, hiperprolactinemia (PCDT de Esquizofrenia: > 25 ng/mL no sexo feminino ou > 20 ng/mL no masculino, com ou sem sintomas, indica troca), **extrapiramidais** (distonias, acatisia, discinesia tardia) e QT longo.

**Estabilizadores:** lítio tem janela estreita — **desidratação, vômitos, diarreia, AINE, diuréticos e IECA elevam a litemia;** causa tremor, poliúria e hipotireoidismo. Valproato: hepatotoxicidade, pancreatite, hiperamonemia, plaquetopenia; **em meninas, só sem alternativa,** com prevenção da gravidez (documento Epilepsias; Anvisa).

**Não usar:** paroxetina, venlafaxina e tricíclicos na depressão (NICE); benzodiazepínico para ansiedade ou como hipnótico (AEP 2026); anti-histamínico sedativo (padrão do site); antipsicótico para insônia; ISRS isolado na suspeita de bipolaridade; melatonina sem orientação (Anvisa não autoriza suplemento infantil).

**Receita controlada (Portaria SVS/MS nº 344/1998; RDC Anvisa nº 1.000/2025, em vigor desde 13/02/2026):**

| LISTA | EXEMPLOS                                                                         | RECEITA                                                              | VALIDADE E QUANTIDADE                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A3    | Metilfenidato, lisdexanfetamina                                                  | <b>Notificação de Receita "A" (amarela)</b> , em papel ou eletrônica | 30 dias; até <b>30 dias de tratamento</b> (art. 43); acima disso, justificativa com CID ou diagnóstico e posologia |
| B1    | Benzodiazepínicos                                                                | Notificação de Receita "B" (azul)                                    | 30 dias; até 60 dias de tratamento (art. 46)                                                                       |
| C1    | ISRS, antipsicóticos, lítio, valproato, <b>atomoxetina</b> (SBP, DC nº 203/2025) | <b>Receita de Controle Especial em 2 vias</b>                        | 30 dias; até 60 dias; anticonvulsivantes até 6 meses (art. 59)                                                     |

A RDC nº 1.000/2025 criou as notificações eletrônicas (SNCR) sem mudar validade nem quantidade. **Clonidina e melatonina não constam das listas** da Portaria 344 (receita comum). As prescrições valem em todo o país (Lei nº 13.732/2018).

**Uso fora da bula:** registrar indicação, evidência, riscos, **consentimento dos responsáveis, assentimento do paciente** e reavaliação; o NICE trata cada antipsicótico como **ensaio terapêutico individual**.

## 5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Critérios  da tabela: ideação suicida com plano, tentativa, autolesão grave; mania, psicose ou agitação com risco.
- **Superdosagem**, mesmo assintomática nos de alto risco: **tricíclicos** (arritmia, QRS largo, convulsão), **lítio** (piora tardia nas formas prolongadas), **clonidina** (bradicardia, hipotensão, apneia com poucos comprimidos), antipsicóticos, bupropiona; **ISRS** com sintomas (bula).
- **Síndrome serotoninérgica**: horas após iniciar, aumentar ou associar serotoninérgico; agitação, sudorese, tremor, **clônus**, hipertermia.
- **Síndrome neuroléptica maligna**: após antipsicótico; **rigidez "em cano de chumbo"**, febre, confusão, instabilidade autonômica, CK elevada.
- **Intoxicação por lítio**: vômitos, diarreia, tremor grosseiro, ataxia, confusão, convulsão.

### Como encaminhar

1. **Disque-Intoxicação 0800-722-6001** (Anvisa, 24 h); **SAMU 192** se instabilidade, convulsão ou rebaixamento.
2. Levar as **embalagens**; anotar o quê, quanto, quando e o peso. Não induzir vômito; carvão ativado só no serviço, com via aérea protegida — não adsorve lítio (Acidentes domésticos).
3. Posição lateral; **oxigênio para SpO2 ≥ 94%**; glicemia capilar; acesso venoso; ECG sem atrasar a remoção; crise ≥ 5 min: Protocolo de Estado de Mal Convulsivo.
4. Suspender o medicamento suspeito.

5. Ingestão intencional ou ideação suicida: **não deixar sozinho, CVV 188, notificação obrigatória (compulsória)** da violência autoprovocada; Conselho Tutelar se violência ou negligência.
6. Relatório com medicamentos, doses, horário da última dose e sinais vitais.

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

---

- "Não mude a dose nem pare por conta própria."
- "Guarde os remédios trancados; o adulto dá cada dose. Antes de outro remédio, fale com o médico."
- Retorno em 1–2 semanas após iniciar ou mudar ISRS, a cada ajuste no TDAH e conforme os exames da classe.
- **Voltar antes:** agitação nova, insônia, perda ou ganho rápido de peso, tiques novos, leite nas mamas, tremor, muita sede.
- **Pronto-socorro ou SAMU 192:** fala em se matar; tomou muitos comprimidos (e 0800-722-6001); febre com rigidez ou confusão; tremor, suor e agitação intensos; pescoço torto ou olhos virados; dor no peito ou desmaio; vômitos com cambaleio em uso de lítio. **CVV 188.**

## 7. Comparação com as referências

| ITEM              | SBP                                                       | MINISTÉ-<br>RIO DA<br>SAÚDE                               | AAP                                                    | NICE                                                   | AEP                                              | JOHNS<br>HOPKINS       | HARVARD                | OXFORD /<br>CAM-<br>BRIDGE |
|-------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------|
| Quem prescreve    | Profissional experiente (DC nº 8/2019)                    | Atenção primária mantém (PCDT TEA)                        | Pediatra trata TDAH e depressão                        | Especialista inicia antidepressivo e antipsicótico     | Pediatra ativo (2026)                            | Sem posição localizada | Sem posição localizada | Segue o NICE               |
| ISRS              | Depressão moderada a grave                                | Sem protocolo pediátrico                                  | Fluoxetina, sertralina, escitalopram 5–10 mg (GLAD-PC) | Só fluoxetina na depressão                             | Sertralina, fluoxetina; escitalopram início 5 mg | Sem posição localizada | Sem posição localizada | Segue o NICE               |
| TDAH              | Estimulantes; atomoxetina e clonidina alternativas (2025) | Sem estimulante no SUS (PCDT 2022)                        | Medicação aprovada ≥ 6 anos + comportamental           | Metilfenidato ≥ 5 anos; clonidina só serviço terciário | Metilfenidato 0,5–1,5 mg/kg/dia                  | Sem posição localizada | Sem posição localizada | Segue o NICE               |
| Antipsicóticos    | Sem documento localizado                                  | 3, 6, 12 meses e anual; prolactina se sintomas            | Sem posição localizada                                 | Peso semanal 6 semanas; prolactina de rotina           | Metabolismo, peso, movimentos                    | Sem posição localizada | Sem posição localizada | Segue o NICE               |
| Lítio e valproato | Sem documento localizado                                  | Litemia 0,6–1,2 (PCDT TAB); valproato restrito em meninas | Sem posição localizada                                 | Valproato restrito no Reino Unido (MHRA)               | Litemia 0,6–1,2; exames 6/6 meses                | Sem posição localizada | Sem posição localizada | Segue o NICE               |
| Melatonina        | Só com orientação médica (2020)                           | Anvisa não autoriza suplemento infantil                   | 0,5–1 mg; não substitui rotina                         | Sem diretriz pediátrica                                | 1ª escolha na insônia, após higiene              | Sem posição localizada | Sem posição localizada | Segue o NICE               |

**Leitura:** convergem diagnóstico antes, psicoterapia junto, titulação lenta, vigilância de suicidalidade e monitorização metabólica. Divergem **quem inicia** (NICE: especialista; AAP e AEP: pediatra ativo), o **ISRS** (NICE só fluoxetina na depressão), a **dose inicial do escitalopram** (5 mg na AEP, 5–10 mg no GLAD-PC; o site mantém 10 mg), a **monitorização dos antipsicóticos** (NICE com prolactina de rotina) e a **melatonina** (primeira escolha na AEP; exceção na AAP e na SBP). **O site adota a SBP** (profissional experiente, antidepressivo na depressão moderada a grave, TDAH pelo DC nº 203/2025, melatonina só com orientação médica) e, sem documento da SBP, o **Ministério da Saúde** (PCDT: antipsicóticos, litemia, valproato).

## PONTOS PRÁTICOS

1. Diagnóstico e plano psicossocial antes da receita; uma mudança por vez, começando baixo.
2. ISRS: fluoxetina 10–20 mg, sertralina 25 mg, escitalopram 10 mg; contato em 1 semana; retirada de 25% a cada 4 semanas.
3. Estimulante: história cardíaca, PA, FC, peso e estatura; ECG só com fator de risco.
4. Antipsicótico: peso, cintura, PA, glicemia e lipídios antes e em 3, 6 e 12 meses; prolactina se sintomas.
5. Lítio: litemia 0,6–1,2 mEq/L (PCDT), rim e tireoide; desidratação e AINE intoxicam. Valproato em menina só sem alternativa.
6. Superdosagem, síndrome serotoninérgica ou neuroléptica maligna, ideação suicida com plano: pronto-socorro, SAMU 192, 0800-722-6001 e CVV 188.

Veja também, nesta Biblioteca: **Transtornos Depressivos na Adolescência, Risco de suicídio, Transtorno bipolar e psicose na adolescência** (Saúde mental); **Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), Distúrbios do sono na infância, Acidentes domésticos** (Patologias do consultório); **Epilepsias na infância, Tiques e síndrome de Tourette** (Neurologia); **QT longo, canalopatias e prevenção da morte súbita** (Cardiologia).

## 8. Fontes

- SBP. Depressão na infância e adolescência, DC nº 8, 2019. [PDF](#)
- SBP, DC de Medicina do Adolescente. TDAH na adolescência, DC nº 203, 2025. [PDF](#)
- SBP, DC de Medicina do Sono. Uso de melatonina em crianças, 2020. [sbp.com.br](http://sbp.com.br)
- Ministério da Saúde. PCDT do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I (Portaria SAS/MS nº 315), 2016. [gov.br](http://gov.br); PCDT Esquizofrenia (Portaria SAS/MS nº 364), 2013. [gov.br](http://gov.br)
- Ministério da Saúde. PCDT Comportamento Agressivo no TEA (Portaria Conjunta nº 7), 2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, SVS. Portaria nº 344/1998. [bvsmis.saude.gov.br](http://bvsmis.saude.gov.br); Anvisa. RDC nº 1.000/2025 — Perguntas e respostas, 2026. [gov.br](http://gov.br)
- Bulas: Atentah®. [consultaremedios](#); Zoloft®. [PDF](#); Lexapro®. [PDF](#); Prozac®. [PDF](#); risperidona (Accord). [PDF](#); Abilify®. [PDF](#); Carbolitium®. [PDF](#); Guia Farmacêutico HSL — carbonato de lítio. [hsl.org.br](http://hsl.org.br)

- AAP. Wolraich ML et al. Clinical Practice Guideline for ADHD, 2019. [PMC](#); GLAD-PC 2018 (tabela de ISRS em Am Fam Physician, 2020). [aafp.org](#); HealthyChildren.org — Melatonin and children's sleep (Esparham A, atualizado em 22/01/2026). [healthychildren.org](#)
- NICE. CG155 — Psychosis and schizophrenia in children and young people. [nice.org.uk](#); NG134 — Depression in children and young people, 2019. [nice.org.uk](#); NG87 — ADHD, 2018. [nice.org.uk](#)
- AEP. Rodríguez Hernández PJ et al. Psicofármacos en Pediatría. An Pediatr, 2026. [analesdepediatria.org](#)

### **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](mailto:pediatra.stefani@gmail.com) · [www.neonatologia.com.br](http://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.