

O USO DO LÍTIO NO TRANSTORNO BIPOLAR – RELATO DE CASO

Data de aceite: 21/03/2024

Iago da Silva Almeida Xavier

RESUMO: O transtorno Bipolar (TB) é uma condição psiquiátrica grave, de caráter crônico que afeta aproximadamente 4% da população adulta mundial. O TB pode manifestar-se em qualquer idade, mas, ocorre com maior frequência em adolescentes e adultos jovens (Marcus Deminico, 2018). O tratamento é realizado com a associação da farmacoterapia e psicologia e/ou psiquiatria. O tratamento medicamentoso eficaz do TB consiste em fármacos reguladores de humor como o Carbonato de Lítio (Zung S. et al, 2010). O tratamento psicoterápico faz-se necessário para contribuir com o aumento a adesão do paciente ao tratamento, visto que, a terapia medicamentosa apresenta efeitos adversos que levam os pacientes a interrompê-la. A interrupção no tratamento é grave e pode ocasionar episódios recorrentes da doença (Inocenti, Miasso et al, 2007). Juntamente com a prescrição do Lítio é importante a realização do acompanhamento clínico laboratorial devido ao desenvolvimento de alterações fisiopatológicas e bioquímicas oriundas da medicação. Uma alteração

importante é o surgimento do hipotireoidismo em pacientes com uso prolongado (mais de 6 a 18 meses) do medicamento, o que afeta em torno de 30% dos pacientes, sendo mais comum em mulheres (Zung S, et al, 2010). Com isso, o objetivo desse relato é compreender a patologia em seus aspectos clínicos e laboratoriais e farmacoterapêuticos.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno Bipolar. Lítio. Efeitos adversos. Toxicidade. Tireoide. Hipotireoidismo.

ABSTRACT: Bipolar disorder (TB) is a severe, chronic psychiatric condition that affects approximately 4% of the world's adult population. TB can manifest at any age, but occurs most often in adolescents and young adults (Marcus Deminico, 2018). Treatment is performed with the association of pharmacotherapy and psychology and / or psychiatry. Effective drug treatment of TB consists of mood-regulating drugs such as lithium carbonate (Zung S. et al, 2010). Psychotherapeutic treatment is necessary to contribute to increase patient compliance with treatment, as drug therapy has adverse effects that lead patients to discontinue it. Treatment discontinuation is severe and can lead to recurrent episodes of the

disease (Inocenti, Miasso et al, 2007). Along with the prescription of lithium, it is important to perform clinical laboratory follow-up due to the development of pathophysiological and biochemical alterations arising from the medication. An important change is the emergence of hypothyroidism in patients with prolonged use (over 6 to 18 months) of the drug, which affects around 30% of patients, being more common in women (Zung S, et al, 2010). Thus, the purpose of this report is to understand the pathology in its clinical and laboratory and pharmacotherapeutic aspects.

KEYWORDS: Bipolar Disorder. Lithium. Adverse effects. Toxicity Thyroid. Hypothyroidism.

INTRODUÇÃO

O transtorno bipolar é um transtorno psiquiátrico crônico e complexo, descrito como um distúrbio de humor caracterizado por episódios de depressão, mania ou hipomania, de forma isolada ou mista, com grande morbidade e mortalidade (SOUZA 2005).

No século passado, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin separou as Demências Precoces (que viriam a ser chamadas de esquizofrenia) das Psicoses Maníaco-Depressivas (PMD). Ele defendia que as PMD consistiam em um conjunto de doenças cujos sintomas mais proeminentes eram as variações do humor. Não eram feitas distinções entre as pessoas que manifestavam apenas depressão daquelas que apresentavam somente sintomas de mania. Todos eram classificados e tratados igualmente, como pacientes de PMD. Era como se houvesse dois pólos: pacientes com depressão pura e mania pura, e no meio ficaria a maioria deles, com porções variadas de depressão e mania. (Del Porto,1999). A mania é aquela na qual há aumento da energia, inquietação, comportamento expansivo, euforia, fluxo acelerado de ideias e elevada auto-estima. O outro pólo é a fase depressiva, marcada pelo retardo psicomotor, dificuldade de concentração, anedonia, isolamento, sensação de culpa e auto-decepção (MOREIRA E MATOS, 2014).

No entanto, somente na década de 50, surgiu a tendência de separar aquelas pessoas que manifestassem quadros de mania e depressão daqueles que só apresentavam episódios depressivos; chamando os primeiros de bipolares e os últimos de unipolares. Estudos mostraram que pacientes com depressão unipolar tinham mais pessoas da família com quadros depressivos, ao passo em que os bipolares tinham maior número de parentes com os mesmos sintomas. A mania unipolar foi então, integrada no conceito de “Transtorno Bipolar”. Posteriormente, uma subdivisão também ganhou força na distinção dos pacientes dentro desse espectro: bipolares do tipo I (manias e depressões) e bipolares do tipo II (hipomania e depressões). Na hipomania, as alterações são mais moderadas e podem ou não resultar em sérios problemas para o indivíduo. Outras subdivisões classificam o Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação (SOE) que são os transtornos com aspectos bipolares que não satisfazem os critérios para qualquer subtipo dos TBs específicos. O diagnóstico do TAB é clínico e baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5 (capítulo: “Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados”). (PORTARIA Nº 315, 2016/ MS;

DEMINCO, 2018)

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde reconhece o Transtorno Bipolar como doença, sendo uma condição psiquiátrica relativamente frequente, é uma doença crônica que afeta entre 1% e 2% da população e representa uma das principais causas de incapacitação no mundo. Estima-se que cerca de 4% da população adulta mundial sofre de Transtorno Bipolar. A Associação Brasileira de Transtorno Bipolar confirma que essa prevalência vale também para o Brasil, o que representa cerca de 6 milhões de pessoas no país e ainda, mais especificamente na cidade de São Paulo, a taxa encontrada de prevalência do TB (sem diferenciar os subtipos) ao longo da vida foi de 1% e a prevalência anual foi de 0,5%. Dados mundiais mostraram também que o Transtorno Bipolar afeta homens e mulheres de forma diferente. Verificou-se que as taxas de prevalência do TB-I e do TB-sub ao longo da vida foram maiores nos homens, enquanto as mulheres apresentaram taxas mais elevadas do TB-II. (DEMINICO, 2018; BOSAIPO et al,2017).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) não classifica o TAB da mesma forma que o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (18), que é o sistema diagnóstico mais atual e mais utilizado. Apesar das altas prevalências e da relevância clínica do TAB do tipo II e dos demais transtornos relacionados, a evidência clínica específica para o seu tratamento ainda é limitada. (PORTARIA N° 315, 2016/ MS)

O tratamento de transtornos bipolares é realizado com o uso de fármacos estabilizadores do humor, antipsicóticos atípicos e antidepressivos. A primeira evidência a favor do efeito profilático com o uso do lítio, surgiu com a observação de 88 pacientes, os quais haviam sofrido pelo menos dois episódios de mania num período de dois anos, ao longo de 6,5 anos. Desde então, inúmeras publicações têm comprovado a sua importância seja em fases agudas de mania e depressão, seja em sua profilaxia. (GOODMAN e GILMAN, 2015; ZUNG S et al, 2010). A dose de lítio necessária para manter um nível sérico terapêutico (0,5 a 1,2 mEq/L) depende da idade, peso, medicações em uso e condições clínicas associadas. O manejo de efeitos colaterais pode requerer o ajuste de dose em limites inferiores do nível terapêutico preconizado (ZUNG, et al,2010).

Uma das hipóteses de mecanismo de ação do lítio é que o composto que pode interferir e diminuir no metabolismo do inositol trifosfato que é uma enzima responsável pela liberação do cálcio de seus depósitos intracelulares. Há também outras hipóteses que justificam seu uso como estabilizador do humor, seja por sua similaridade com outros elementos (sódio, potássio, cálcio e magnésio), por elevar os níveis de serotonina e diminuir os níveis de norepinefrina, alterando, ainda, as concentrações de dopamina, ácido g-aminobutírico (GABA) e de acetilcolina e inibe também a adenilato ciclase e inositol-1-fosfatase, ocasionando redução da neurotransmissão noradrenérgica. A inibição da adenilato ciclase leva a uma diminuição da adenosina monofosfato cíclica (AMPC), através de mecanismos variados, incluindo a inibição da ligação da calmodulina

à unidade catalítica da enzima e também do acoplamento do receptor à proteína GSK-3. Em relação à norepinefrina, o lítio pode diminuir a estimulação da adenilato ciclase mediada por receptores β -adrenérgicos e tende a diminuir o número de receptores α_2 . Ocorre também, por mecanismos variados, como o aumento da captação do triptofano (precursor da serotonina) e a diminuição da atividade de receptores serotoninérgicos pré-sinápticos inibitórios, um aumento da liberação de serotonina, especialmente no hipocampo. Também ocorre, no hipocampo, diminuição dos receptores 5-HT₂ e aumento à resposta pós-sináptica de receptores 5-HT₁. Além disso, há evidências que mostram que o Lítio aumenta os níveis de GABA e regula para cima (up-regulation) os receptores de GABA hipocámpais; também a outras hipóteses de regulação de neurotrofinas BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro) e VEGF (fator de crescimento vascular endotelial), mas são hipóteses, pois não foram confirmados pelo MS - ANVISA seu real mecanismo de ação. (MACHADO-VIEIRA et al,2003)

Além do lítio outras drogas são utilizadas no tratamento de transtorno bipolar como a lamotrigina, gabapentina, carbamazepina e o divalproato. A lamotrigina tem como indicação principal seu efeito anticonvulsivante, contudo, baseado, sobremaneira, em dois estudos duplo-cegos, foi indicada como terapia no quadro de transtorno bipolar. Seu mecanismo de ação consiste no bloqueio dos canais de cálcio e de sódio voltagem-sensíveis. A gabapentina tem ação predominantemente gabaérgica, potencializando a síntese e concentração do ácido gama-aminobutírico. Por conseguinte há o bloqueio dos canais de cálcio voltagem-dependentes. A carbamazepina tem sua ação bloqueando os canais de sódio voltagem-dependentes. Seu uso no transtorno bipolar é considerado de terceira linha, pois ainda não há nenhum estudo controlado com placebo divulgado. O divalproato é uma droga, assim como o lítio, de primeira escolha para o tratamento de transtorno bipolar. Seu mecanismo de ação é objeto de intensa discussão, entretanto as principais hipóteses aventadas relacionam-se com a potencialização do efeito do ácido gama-aminobutírico, aumento dos níveis de dopamina na região pré-frontal pela estimulação dos receptores 5HT_{1A}, além da diminuição da liberação do aspartato e da ação do NMDA. (INOCENTI MIASSO et al, 2007; SOUZA, 2005; ZUNG S.et al,2010).

Os medicamentos efetivos no tratamento do transtorno bipolar são frequentemente utilizados em combinação com a psicoterapia, e permitem que uma taxa entre 75 a 80% das pessoas com transtorno bipolar possam levar vidas essencialmente normais. O tratamento efetivo encontra, entretanto, na sua adesão, um grande e sério problema, cujas consequências são a falta de controle do transtorno, o aumento de internações evitáveis, risco ao suicídio e aumento no custo dos cuidados de saúde. Por sua magnitude, a não adesão ou a baixa adesão à terapêutica constituem problemas de saúde pública longo prazo. (INOCENTI MIASSO et al, 2007; SOUZA, 2005)

A falta de adesão ao tratamento em pacientes bipolares merece atenção, pois está relacionada ao aumento de recaídas maníacas e depressivas, à duração das internações

nos hospitais e aos suicídios. Tem sido observado que os fatores que diferenciam os pacientes aderentes dos não aderentes são a negação da doença, a oposição em fazer um tratamento profilático e a falta de conhecimento sobre lítio. Outras razões na resistência ao tratamento estão relacionadas a idade jovem, ao gênero do paciente, o receio de desenvolver efeitos adversos e a descrença na eficácia dos tratamentos de longa duração. O ganho significativo de peso, que pode ser aumentado pelo uso concomitante de outros fármacos no tratamento do transtorno bipolar é um agravante para não adesão. (ROSA, et al,2006).

Entre pacientes brasileiros bipolares em tratamento crônico, estudos mostraram que todos já haviam tido ao menos um dos efeitos adversos, sendo os mais frequentes aumento de peso (79,2%), poliúria (77,4%), tremor (67,9%), fadiga (66%), problemas dermatológicos (62,3%), lentidão dos movimentos (57,5%), polidipsia (53,8%), sonolência (52,8%), diarreia (45,3%), fraqueza muscular (42,5%), náusea (41,5%), tonturas (38,7%), problema sexual (37,7%), vômitos (20,8%) ou problemas de tireoide (19,8%) (ROSA et al, 2006).

Os efeitos adversos do uso do lítio, as interações medicamentosas, a farmacocinética particular e os regimes posológicos complexos, estão relacionados a baixa adesão no tratamento. Um dos efeitos colaterais que podem estar relacionados com o ganho de peso, que torna-se um fator de risco para os portadores abandonarem o tratamento com o lítio é a alteração da função da tireoide. A tireoide pode ser afetada dentro de alguns meses ou anos de tratamento com lítio. O Hipotireoidismo pode ocorrer em 5 a 35% dos pacientes, sendo que 5% destes desenvolvem bócio, sobretudo mulheres, e com apresentação subclínica. Pode haver aumento do TSH e alteração nos níveis T3 e T4. Há também evidências de que o Lítio possa provocar tireoidite auto-imune ou agravar doença pré-existente, o que sugere a monitorização de anticorpos anti-tireoide.(PORTUGAL,L.2014; ROSA, et al,2006)

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma análise de relato de caso espontâneo, descritivo, apresentado em forma de texto, gráficos e imagens, com dados obtidos com a paciente deste caso.

O presente trabalho foi realizado com uma única paciente com história de Transtorno Bipolar, diagnosticada aos 19 anos e em tratamento desde então com Lítio e outros medicamentos preconizados para o Transtorno.

RELATO DE CASO

Para realização do trabalho foi feita entrevista clínica com a paciente A.C.R.V., 23 anos, sexo feminino, branca, com rendimento escolar durante toda infância e início da adolescência acima da média. Relata lembrar-se que aos 12 e 13 anos começou a sentir-se com forte melancolia o que a levava ao isolamento, isto ocorreu por breves períodos e menos recorrentes. Não tinha ânimo para nenhuma atividade, inclusive socializar-se. Aos

14 anos iniciou um auto processo de restrição alimentar entre o que a levou a perda de 15kg de peso.

Em 2011, aos 15 anos começou a automutilar-se. Deu início a tratamento psicoterápico com psicanalista, mas continuou com perda de interesse em atividades gerais, inclusive lazer. Teve significativa perda de cabelo, realizando tratamento para alopecia. Aos 16 anos apresentava extrema irritabilidade, teve queda do desempenho escolar, se forçava a não dormir a noite e fez uso abusivo de álcool. Teve perda de peso corporal em mais 5kg por continuar com auto restrição alimentar e atitudes bulímicas. Preferia isolar-se de amigos e familiares e começou com ideação suicida.

Em 2013 realizou intercâmbio de aprendizagem, que relata como um período mais calmo, contudo após o retorno as ideações suicidas se mantiveram. Iniciou tratamentos psicoterápico e psiquiátrico com uso de antidepressivos, Escitalopram 10 mg (Lexapro®). Adentrou na Universidade em 2014, e em julho do mesmo ano teve início de quadro de Hipomania, e uma primeira tentativa de suicídio, por overdose de medicamentos; uma segunda tentativa em setembro do mesmo ano, resultou em internação. Durante e após a internação foi polimedicada com medicamentos já na suspeita diagnóstica de transtorno bipolar, entre os medicamentos foi prescrito o divalproato de sódio 500 mg (Depakote®), medicação indutora do sono e Carbamazepina 900mg (Tegretol®), onde sentiu "... constante sensação de perda de personalidade e criatividade", tendo abandonado o tratamento medicamentoso e psiquiátrico ao final de 2014.

Após longos períodos de depressão durante o ano de 2015, apesar de acompanhamento psicoterápico, foi indicado o retorno de tratamento psiquiátrico, onde foi indicado o uso de antidepressivo Cloridrato de Venlafaxina 75mg (VENLIFT®). No início de dezembro do mesmo ano apresentou quadro de Hipermania, associada ao uso do antidepressivo, onde iniciou-se tratamento com Risperidona 3mg. Contudo, o quadro se agravou e apresentou sintomas psicóticos graves, que resultaram em atendimento psiquiátrico emergencial, ficando sob cuidados especiais diários, mas não internada.

De acordo com o relatado foi estabelecido o diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I em 2016 aos 19 anos. Com o quadro estabilizado retornou as funções laborais e interpessoais, mantendo acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico regular, foi indicado uma mudança no tratamento medicamentoso e a medicação foi substituída por Carbonato de Lítio 900mg, Olanzapina 10mg (Zyprexa®), Lamotrigina de 150 mg (Lamictal®), Quetiapina 300mg (Quetros®) cloridrato de venlafaxina 200mg (Efexor®). Durante ao ano de 2017 e em 2018, utilizando a terapia medicamentosa relatou incômodo pelo ganho de peso de excessivo, queda de cabelos e tremores nas mãos, o que a levou a abandonar gradativamente o uso principalmente do lítio.

No final de 2018 desenvolveu quadro correspondente a stress pós-traumático, o que levou a paciente a isolar-se, abandonar as medicações e recorrer ao uso de álcool, resultando em nova internação emergencial.

Após o retorno de atendimento médico regular psiquiátrico em 2019, realizou exames laboratoriais e de imagem. Em ecografia foi evidenciado alteração de tireoide, indicativa de inflamação crônica.

Desde o início dos sintomas a paciente passou por diversas alterações na terapia medicamentosa, mas mantém desde o início de 2019 regularidade nos atendimentos psicoterápico e psiquiátrico e continua fazendo uso das medicações prescritas após o diagnóstico do transtorno bipolar com ajustes das doses atualmente em Carbonato de Lítio para 600mg/dia, Lamotrigina de 150 mg/dia, (Lamictal®), Quetiapina 75mg (Quetros®) cloridrato de venlafaxina 150mg (Efexor®), mantendo-se com quadro estabilizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A paciente base de estudo deste trabalho, relatou durante a entrevista o incômodo com os efeitos adversos que surgiram durante o tratamento e correlacionou com os eventos significativos no seu dia a dia. Apesar das dosagens laboratoriais não apresentarem alterações significativas, um achado ecográfico de tireóide levou a sugestão de uma tireoidite crônica, que conforme literatura pesquisada pode levar a um hipotireoidismo e seus sintomas relacionados, como será explicado abaixo.

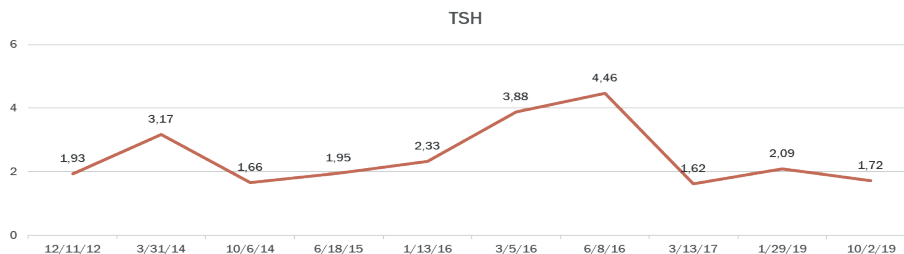


Gráfico 1:

Em um estudo de níveis de anticorpos anti-tireóide em 58 pacientes usando Litio, em relação a 40 pacientes em uso de outras medicações (grupo controle), foi detectado o aumento de anticorpos anti-tireóide em 19% dos pacientes em litioterapia e em apenas 7,5% do grupo controle. Em estudo com 58 pacientes usando Litio, em comparação a grupo de 55 pacientes esquizofrênicos usando neurolépticos, tiveram como resultado diferença ainda mais gnificativa: houve aumento de anticorpos em 33% dos pacientes em litioterapia e em 9% dos pacientes usando neurolépticos seguindo 16 pacientes em litioterapia por 2 anos, tiveram como resultado aumento dos anticorpos anti- tireóide em 2/3 dos casos (BOCCHETTA et al, 1992).

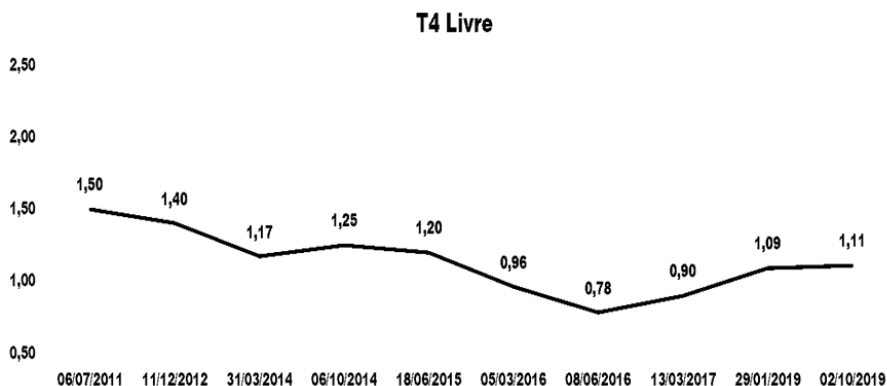


Gráfico 2:

As dosagens de lítio em níveis acima de 1,5 mEq/L estão relacionados sinais clínicos de intoxicação, caracterizados por exacerbação dos efeitos colaterais comumente observados. Acima de 2,0 mEq/L as alterações podem ser graves, com risco de arritmias cardíacas, estados confusionais, ataxia convulsão, rebaixamento do nível de consciência e coma. Nas alterações da função tireoidiana, não está relacionado à indução de anticorpos, mas induz hipotireoidismo com uso prolongado (mais de 6 a 18 meses). Isso afeta em torno de 30% dos pacientes, sendo mais comum em mulheres. Pode estar associada à ciclagem rápida e leva a um maior risco de depressão (ZUNG S.et al, 2010).

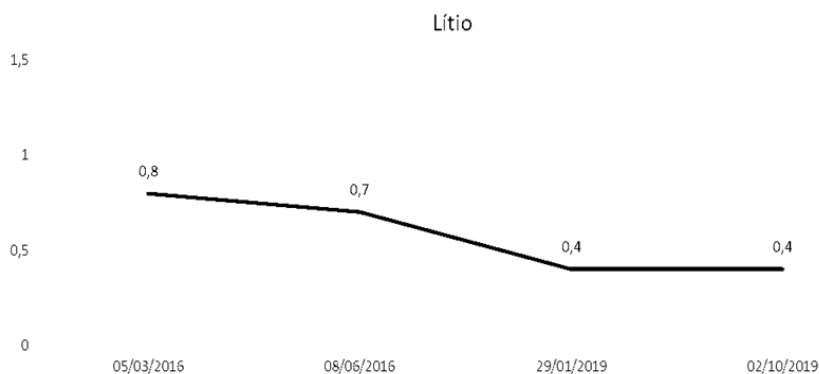


Gráfico 3:

A paciente apresentou desde o início do tratamento com Lítio os valores de lítemia dentro do nível terapêutico esperado (gráfico 3), não há evidências de intoxicação, o nível sérico terapêutico recomendado é de 0,5 a 1,2 mEq/L, sendo que no momento uma baixa no valor sérico esperado pode indicar um aumento na dose diária utilizada. Apesar das dosagens de TSH e T4 Livre normais (gráficos 1 e 2), devido as queixas sobre os efeitos

adversos o médico assistente indicou uma investigação de imagem tireoidiana. (ZUNG, et al,2010)

A dosagem de anticorpos antitireoglobulina por quimiluminescência em soro foi < 20 UI/mL, sendo que o valor de referência pode ser até 40 UI/mL.(Fonte Laboratório Sabin Brasília, registrado no CRF/DF sob o número 03/000054 e no CRM-DF número 3724)

Pacientes em tratamento com Li desenvolvem aumento benigno da tireoide, difuso, não sensível, sugestivo de comprometimento da função tireoidiana, embora muitos deles venham a ter função normal da tireoide. Os efeitos mensuráveis do Li nos índices da tireoide são observados em 7 a 10% dos pacientes que desenvolvem hipotireoidismo evidente e 23% daqueles que têm a doença subclínica, sendo que mulheres têm um risco 3 a 9 vezes maior de apresentar. O monitoramento contínuo de TSH e T4 livre é recomendado ad longo do tratamento com Li. (GOODMAN e GILMAN, 2015).

O estudo com Doppler colorido revelou vascularização glandular simétrica, com distribuição preservada, ondas com padrão de baixa resistência, mas velocidades sistólicas nas artérias tireóideas inferiores esquerda e direita levemente aumentadas, sugestivos de tireoideopatia crônica difusa. (Figuras 1, 2, 3 e 4).

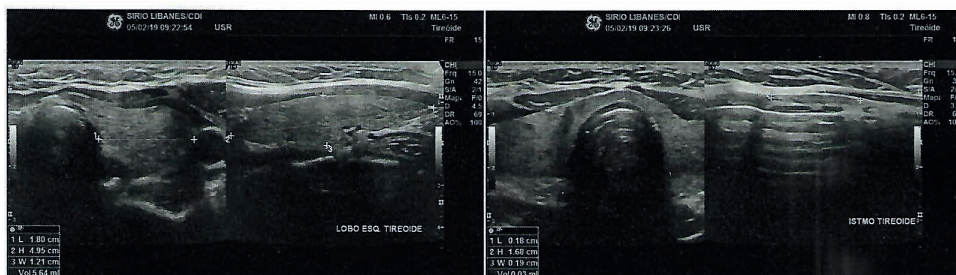


Figura 1:

Fonte: Hospital Sírío Libanês, paciente A.C.R.V, 23 anos, data do exame 05/02/2019.

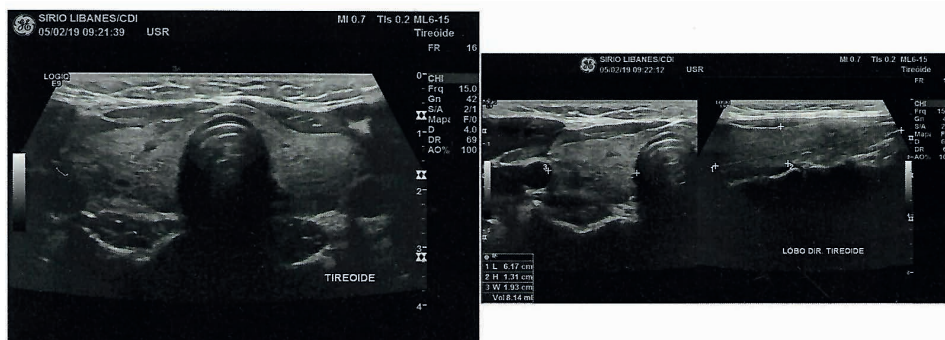


Figura 2:

Fonte: Hospital Sírío Libanês, paciente A.C.R.V, 23 anos, data do exame 05/02/2019.

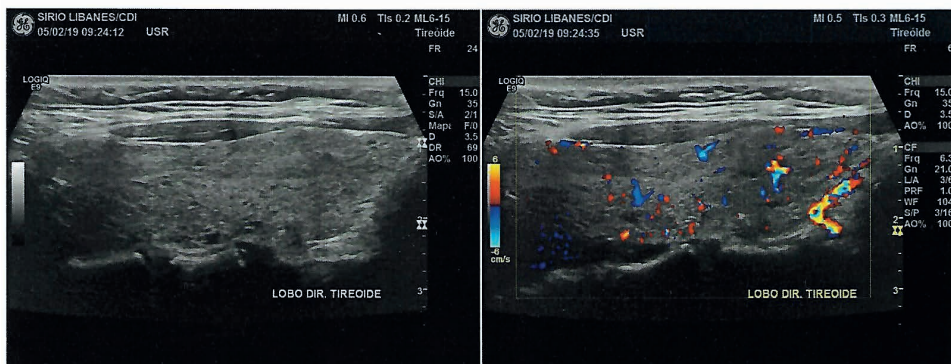


Figura 3:

Fonte: Hospital Sírio Libanês, paciente A.C.R.V, 23 anos, data do exame 05/02/2019.

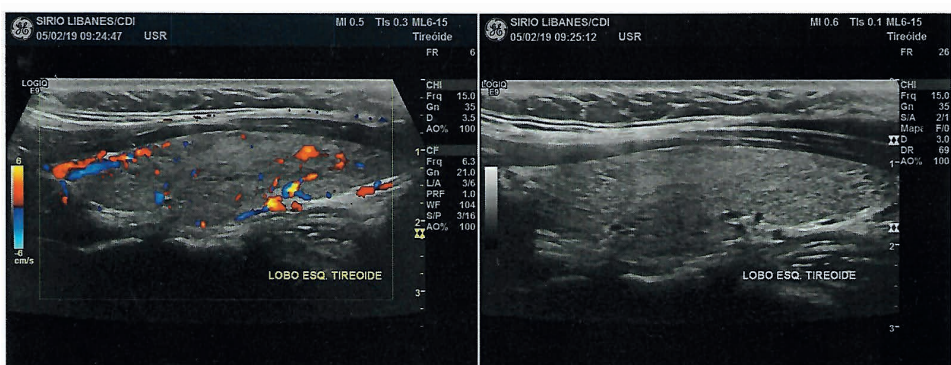


Figura 4:

Fonte: Hospital Sírio Libanês, paciente A.C.R.V, 23 anos, data do exame 05/02/2019.

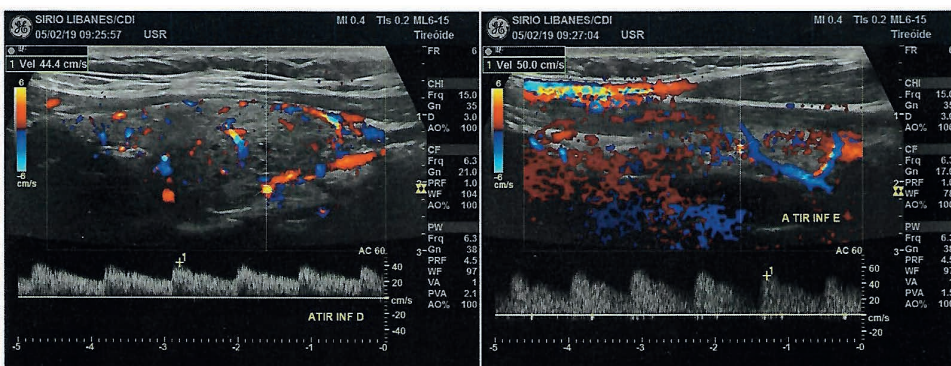


Figura 5:

Fonte: Hospital Sírio Libanês, paciente A.C.R.V, 23 anos, data do exame 05/02/2019.

Segundo a literatura Lítio exerce efeito inibitório na secreção dos hormônios tireoidianos (HT), pois impede a formação de gotículas de colóide, gerando estimulação da

glândula pelo TSH e formação de bócio. Este tem sido descrito em 4 a 60% dos pacientes em uso do fármaco na dose terapêutica. O hipotireoidismo induzido pelo lítio apresenta uma prevalência variável, com média de 3,4%. Os fatores de risco relatados são presença de auto anticorpos tireoidianos previamente e sexo feminino. A maioria dos pacientes em uso de lítio sem anticorpos tireoidianos positivos apresenta aumento discreto ou moderado do TSH, sem alteração dos níveis dos HT. Com a interrupção do lítio, ocorre resolução tanto do bócio quanto do hipotireoidismo. Nos casos em que o medicamento não pode ser retirado, orienta-se a reposição com levotiroxina. (FONSECA C.W. et al, 2014)

Vale ressaltar que a literatura disponível investigando a formação de anticorpos anti-tireóide na vigência de litioterapia ainda é controversa. A conhecida associação entre Lítio e hipotireoidismo, aliada ao fato de que a autoimunidade é a principal causa de hipotireoidismo, poderia levar a crer que o Lítio poderia provocar autoimunidade na tireóide, contudo, outras terapias farmacológicas, também usadas na prevenção do transtorno bipolar do humor, por vezes associadas ao Lítio, podem alterar a função tireoidiana – é o caso da Carbamazepina. (BOCCHETTA A, LOVISELLI, 2006).

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou uma melhor compreensão do que é a terapia farmacológica do Lítio no Transtorno Bipolar e sua complexa ação na terapêutica e seus efeitos adversos, na importância da adesão ao tratamento para controle de recaídas. O papel do profissional Farmacêutico é de extrema importância como participante da equipe multidisciplinar que atende estes pacientes, pois o mesmo pode esclarecer como as reações adversas surgem e as interações com os outros medicamentos aumenta o risco destes efeitos, mostrando de forma clara o que o paciente vê repetir-se no seu dia a dia de convívio com a doença.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Álvaro, & Neto, F. (2014). A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(1), 67-82. Disponível em: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>.

BOCCHETTA A, Bernardi F, Burrai C, Pedditi M, Loviselli a, Velluzzi F, et al. The course of thyroid abnormalities during lithium treatment: a two-year follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992. p. 38–41.

BOCCHETTA A, Loviselli A. Lithium treatment and thyroid abnormalities. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2006 Jan;2:23. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-23>.

BOSAIPO, N.; BORGES, V.; JURUENA, M. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*, v. 50, n. supl.1, p. 72-84, 4 fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84>

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico - Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 21 s.1 São Paulo May 1999.

DEMINICO, Marcus - TRANSTORNO BIPOLAR - Aspectos Gerais – 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1190.pdf>.

PORTARIA N° 315, de 30 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I. Ministério da Saúde – Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>

DSM-5. Developed by© 2012 American Psychiatric Association. Disponível em: <http://www.dsm5.org/>.

FONSECA, Caroline Walger da; Flora Eli Melek - Fármacos de amplo uso na prática clínica que interagem com os hormônios tireoidianos- Widely used drugs in clinical practice that interact with thyroid hormones - Rev Soc Bras Clin Med. 2014 out-dez;12(4):307-13 – Disponível em : <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2014-04.pdf>.

GOODMAN L, Randa Hilal-Dandan, Gilman A, Brunton L. Manual de Farmacologia Terapêutica de Goodman & Gilman. 2th ed. 2015. p. 263–66.

MACHADO-VIEIRA, Rodrigo et al . Neurobiologia do transtorno de humor bipolar e tomada de decisão na abordagem psicofarmacológica. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 88-105, Apr. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400010&script=sci_abstract&tlng=pt

MIASSO, Inocenti; Adriana, De Bortoli; Cassiani, Sílvia Helena; Pedrão, Luiz Jorge. – Estratégias adotadas por pessoas com transtorno afetivo bipolar e a necessidade de terapêutica medicamentosa. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [en linea] 2007, 11 (Junio-Sin mes): [Fecha de consulta: 28 de febrero de 2019]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715306009>.

MOREIRA, Kelvin Henriques; MATOS, Rafael. - Farmacoterapêutica utilizando lítio no tratamento do transtorno bipolar. - Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina - Número 1. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2014 jan.-jul. (p.37-53)-Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/61/49>.

PORTUGAL, Lidiane Sousa. Revisão da literatura sobre os efeitos adversos endocrinometabólicos do lítio relacionados à tireóide e seus possíveis preditores - Monografia (Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013 - Portugal, 2014). Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16096>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS -Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde: Clozapina, Lamotrigina, Olanzapina, Quetiapina e Risperidona para o tratamento do Transtorno Afetivo Bipolar, Outubro de 2014. Relatórios de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 140. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorio_TranstornoBipolar_CP.pdf

ROSA, A.R.; Kapczinski, F.; Oliva, R.; Stein, A.; Barros, H.M.T. Rev. Psiq. Clín. 33 (5); 249-261, 2006 - Monitoramento da adesão ao tratamento com lítio. <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v33n5/a05v33n5>

SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Bipolar disorder treatment: euthymia. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 63-70, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-60832005000700010&lng=en&nrm=iso

ZUNG Steven, Michelin Leandro, Cordeiro Quirino. O uso do lítio no transtorno afetivo bipolar. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2010; 55 (1):30-7.