



CARACTERIZAÇÃO DO TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Sandra Cristina Catelan-Mainardes¹; Bruna Marconi²

RESUMO: O Transtorno Bipolar (TB) é caracterizado por oscilações ou mudanças cíclicas de humor tornando-se uma doença de grande impacto na vida do paciente, de sua família e sociedade, no qual vem causando prejuízos frequentemente irreparáveis em vários setores da vida do indivíduo, como nas finanças, saúde, reputação, além do sofrimento psicológico. O objetivo desse trabalho foi caracterizar o TB em crianças e adolescentes em seu início, fatores desencadeantes e principais sintomas manifestos da referida patologia em crianças e adolescentes. Foi realizada uma revisão da literatura que trata da TB na infância e na adolescência, enfocando a problemática dos critérios diagnósticos. Tal como buscas em livros específicos sobre o Transtorno; manuais diagnósticos, como o Compêndio de Psiquiatria; utilizando como palavras-chave: Infância, Adolescência, Transtorno Bipolar. Especificou-se o período de publicação nos últimos cinco anos. O TB consiste então em um transtorno do humor cuja causa exata é desconhecida. Caracteriza-se por flutuações significativas entre mania e depressão, assim como por alterações nos padrões de sono, energia, atividade, atenção e impulsividade. Apesar de haver muitas variações entre os padrões de humor e sua gravidade, os pacientes normalmente passam por períodos de mania, hipomania ou hipomania disfórica e episódios de depressão maior. O primeiro episódio significativo normalmente é associado a picos de estresse e ocorre na faixa etária dos 8 anos, não havendo prevalência entre os gêneros. É um transtorno importante, muitas vezes de difícil diagnóstico, que, uma vez reconhecido deve ser tratado, que irá minorar o sofrimento de crianças e adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência; Infância; Transtorno Bipolar.

1 INTRODUÇÃO

Segundo Sadock (2007), os transtornos de humor englobam um grande grupo de transtornos em que o humor patológico e perturbações associadas dominam o quadro clínico. Os transtornos de humor são considerados como síndromes (em vez de doenças distintas), consistindo de um conjunto de sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses que representam um desvio marcante do desempenho habitual do indivíduo e que tendem a recorrer, por vezes, de forma periódica ou cíclica. O estado de humor pode apresentar-se normal, elevado ou deprimido.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -DSM-IV, (Miguel 2002) o Transtorno bipolar (TB) é uma forma de transtorno de humor pela variação extrema do humor. Oscila entre uma fase maníaca ou hipomaníaca, hiperatividade e grande imaginação, e uma fase de depressão, inibição, lentidão para conceber e realizar ideias, e ansiedade ou tristeza. Juntos estes sintomas são comumente

¹ Docente do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. Maringá, Paraná. catelan@cesumar.br

² Psicóloga, Clínica Crescer Clínica de Psicologia, Jandaia do Sul, Paraná. brunamarconi_psico@hotmail.com

conhecidos como depressão maníaca. Conforme Suppes (2009) o TB consiste em um transtorno do humor cuja causa exata é desconhecida. Caracteriza-se por flutuações significativas entre mania e depressão, assim como por alterações nos padrões de sono, energia, atividade, atenção e impulsividade. Apesar de haver muitas variações entre os padrões de humor e sua gravidade, os pacientes normalmente passam por períodos de mania, hipomania ou hipomania disfórica e episódios de depressão maior. Eles também podem sofrer de sintomas psicóticos quando se encontram em um estado de mania ou depressão. De acordo com Lee Fu I (2000), TB na infância e na adolescência mostra-se uma entidade nosológica bastante complexa, quando comparada a quadros de início na vida adulta. Esta pesquisa objetiva caracterizar o TB em crianças e adolescentes em seu início, fatores desencadeantes e principais sintomas manifestos da referida patologia em crianças e adolescentes.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, ancorado em pesquisa, utilizando os termos: TB em crianças e adolescentes e fármacos para tratamento do TB, nos bancos de dados do Scielo, Google Acadêmico e Bireme. Foi feita uma revisão sistemática sobre o assunto em livros, revistas e artigos publicados entre 2005 e 2010. Destas referências buscadas, foram selecionadas as publicadas em língua portuguesa e inglesa somente. Ainda foram utilizadas informações obtidas nas bulas dos fármacos estudados, a fim de se conhecer mais sobre os efeitos adversos dos mesmos. Após recolher tais informações, foram listados os principais fármacos utilizados no tratamento do TB em crianças e adolescentes, seus efeitos adversos, o motivo de seu uso para tal população, os riscos e benefícios, e demais dados relevantes para os propósitos deste estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para Rosa (2009), o TB na infância e na adolescência também passou por diferentes etapas históricas. Houve a descrença de que essa doença pudesse acometer crianças. Com isso, iniciou-se a investigação com o uso dos mesmos critérios que os usados no adulto, até que se percebeu que esses critérios não descreviam adequadamente os casos encontrados na infância; e, sendo assim, iniciou-se, então, o estudo de quais são as peculiaridades dessa faixa etária nesse momento. De acordo com Lee Fu-I(2007), a idade de início determinada em amostras clínicas em pacientes bem informados e com bases em estudos epidemiológicos diverge. A idade de início seria anterior aos 5 anos de idade, o pico ocorreu entre 15 e 19 anos, estendeu-se até os 24, mas 60% afirmaram que o problema teve início antes dos 19 anos. Comparando com a distribuição por sexos em adultos, a mania pré-púbere pode ser mais frequente em meninos que meninas. Depois da puberdade, a incidência da mania aumenta e a distribuição se iguala em ambos os sexos. Suppes (2009) afirma que a maioria dos pacientes com TB apresenta os primeiros sintomas antes dos 25 anos. Contudo, o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico correto é com frequência de 8 a 9 anos, porque os sintomas bipolares são difíceis de identificar e se desenvolvem de forma gradual e não repentina. Em relação aos fatores genéticos, Borges-Osório (2006), descreve os que estudos familiares mostram que parentes de probandos com TB têm um risco relativo de quatro a 18 vezes de apresentarem o mesmo transtorno. Há ainda um risco relativo de duas a 10 vezes de virem a ter transtorno depressivo maior, do que os riscos encontrados na população geral. Quando se trata de probando com transtorno depressivo maior, os riscos relativos para seus parentes são de duas a 19 vezes, para o mesmo transtorno, e de uma a 11 vezes para o TB. Os riscos empíricos de recorrência para os transtornos do humor são de 12% na prole de probandos com TB e 7% na prole

de probandos com transtorno depressivo maior; quando ambos os genitores são afetados, essas estimativas podem duplicar ou triplicar. Conforme Lee Fu-I (2007), os fatores ambientais causadores do TB podem ocorrer devido à exposição fetal a toxinas, no qual a mais estudada é o uso do tabaco, porém álcool e drogas ilícitas também aumentam o risco. Outro fator é no trabalho de parto, no qual quanto mais complicado for o trabalho de parto, maiores chances essa criança terá de apresentar problemas mentais. Crianças prematuras também apresentam maiores chances de apresentar doenças mentais. No que diz respeito aos fatores biológicos, segundo Borges-Osório (2006) sugere que a depressão é causada por deficiência de neurotransmissores. Os neurotransmissores são substâncias sintetizadas nos neurônios, presentes nos terminais pré-sinápticos e liberados em quantidades suficientes para exercerem um dado efeito em um neurônio receptor (CATELAN-MAINARDES, 2010). Haveria dois tipos de doença depressiva: um devido à falta de noradrenalina, outro por falta de serotonina. A mania, não evidenciava aumento nos níveis dessas substâncias. Entretanto, dada a grande heterogeneidade dos quadros clínicos e das respostas neurofarmacológicas, atualmente considera-se supersimplificada tal hipótese. Além das duas aminas biogênicas supracitadas, podem estar envolvidas outras (dopamina e adrenalina), bem como diversos receptores adrenérgicos, a enzima monoaminoxidase (MAO) plaquetária, o GABA (ácido gama amino butírico) e neuropeptídeos (beta-endorfina e somatostatina) (BORGES-OSÓRIO 2006). De acordo com Suppes(2009), o primeiro episódio significativo normalmente é associado a picos de estresse, como início de um novo emprego, ingresso na faculdade, casamento ou nascimento de um filho. Com o passar do tempo, a duração dos períodos “normais” entre os episódios pode diminuir para alguns indivíduos, resultando em um curso mais grave e crônico, com mais episódios de mania e depressão. Outros podem apresentar um episódio ao ano, e manter essa frequência. A tabela 1 condensa os sintomas do TB presentes em um episódio depressivo em crianças e adolescentes, segundo Lee Fu I(2009).

Tabela 01 – Sintomas depressivos no TB em crianças e adolescentes

| Sintomas em Crianças | Sintomas em Adolescentes |
|---|---|
| Perda de energia e interesse | Perda de energia |
| Dificuldade de concentração e memória | Dificuldade de concentração e na tomada de decisões |
| Pensamentos de morte e suicídio | Tentativas de suicídio |
| Insônia ou hipersonia | Insônia ou hipersonia |
| Dificuldade de expor seus sentimentos. | Modificações em suas funções |
| Fisionomia triste ou de seriedade | Sentimentos de culpa |
| Anedonias | Sensação de que as coisas não mudarão |
| Mau desempenho na escola | Baixa auto-estima e desesperança |
| Dificuldades em terminar suas tarefas | Uso e abuso de bebida alcoólica |
| Alteração no apetite e de peso | Alteração no apetite e de peso |
| Irritação, agitação psicomotora ou hiperatividade | Irritabilidade e hostilidade |
| Apatia, isolamento social e familiar voluntário | Isolamento social voluntário |

Segundo Sadock(2007), nos episódios maníacos os pacientes apresentam um estado de humor elevado, expansivo ou irritável, tornando-se a marcachave do episódio maníaco. Os pacientes muitas vezes exibem uma mudança do estado predominante do humor, de euforia no início do curso da doença para uma irritabilidade posterior. A tabela 2 condensa os sintomas do TB presentes em um episódio maníaco em crianças e adolescentes, segundo Lee Fu I(2009).

Tabela 02 – Sintomas maníacos em crianças e adolescentes

| Sintomas em Crianças | Sintomas em Adolescentes |
|---|---|
| Irritabilidade aumentada, Humor instável | Psicose, Tentativas de suicídio |
| Falar de modo apressado ou incompreensível e inquietação | Sintomas de TOC, queixas somáticas múltiplas e irritabilidade |
| Diminuição no comer e dormir, Acreditam ter poderes mágicos | Comportamento bizarro, inadequado e extravagante, Problemas escolares, |
| Pensamento fantasioso de grandeza, Auto-agressão, Sintomas disruptivos, Aparência excepcional | Fuga de idéias e grandiosidade |
| Diminuição de objetividade de raciocínio e ter fuga de idéias | Atitude de inquietação maníaca e exaltada. |
| Hiperativa, fala apressada e distraibilidade acentuada | Personalidade anti-social ou esquizofrenia, Abuso de álcool e outras drogas |

4 CONCLUSÃO

Diante dessas considerações pode-se concluir que o transtorno do humor possui sua causa desconhecida. No qual ocorre flutuações significativas entre mania e depressão, assim como por alterações nos padrões de sono, energia, atividade, atenção e impulsividade. Apesar de haver muitas variações entre os padrões de humor e sua gravidade, os pacientes normalmente passam por períodos de mania, hipomania ou hipomania disfórica e episódios de depressão maior. Sofrendo também de sintomas psicóticos quando se encontram em um estado de mania ou depressão, tendo assim varias causas e sintomas.

REFERÊNCIAS

BORGES- OSÓRIO, Maria Regina. **Genética Humana**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CATELAN-MAINARDES, Sandra.Cristina.; MELO, S.R.; NETO, M. H. M.; PERLE, J.V.C. Tronco Encefálico. In: MELO, S.R. **Neuroanatomia: pintar para aprender**. 1º Edição. Maringá: Editora Roca LTDA, 2010. paginas 81 a 87.

LEE FU I. **Transtorno Bipolar na infância e adolescência. Aspectos clínicos e comorbidades**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

LEE FU I. **Transtorno Bipolar na infância e adolescência**. São Paulo: Segmento Farma, 2007.

MIGUEL R, Jorge. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TR** - Texto Revisado 4ª Edição, 2002.

ROSA, Adriane Ribeiro. **Transtorno Bipolar: teoria e clinica**. Porto Alegre: artmed, 2009.

SADOCK, Benjamin James. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed.-Porto Alegre: Artmed, 2007.

SUPPES, Trisha. **Transtorno bipolar: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2009.