

Gestão do cuidado de crianças com transtorno afetivo bipolar*Management of care for children with bipolar affective disorder**Gestión de la atención a niños con trastorno afectivo bipolar***Aline Voltarelli^{1*}**

ORCID: 0000-0002-3491-616X

Rosangela Sakman²

ORCID: 0000-0003-1738-9490

Daniela de Stefani Marquez³

ORCID: 0000-0002-1463-2012

Allexa Serra Lima⁴

ORCID: 0000-0002-2091-1245

André Luiz de Arruda⁵

ORCID: 0000-0002-6811-0957

Camilla Estevão de França⁶

ORCID: 0000-0003-3226-8709

Cláudia Rosana Trevisani Corrêa⁷

ORCID: 0000-0002-3158-8666

Cássia Marques da Rocha Hoelz⁸

ORCID: 0000-0001-8721-9969

Renato Philipe de Sousa⁹

ORCID: 0000-0002-6586-2205

¹Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires, Argentina.²Faculdade Sequencial. São Paulo, Brasil.³Faculdade FINOM/TECSOMA. Minas Gerais, Brasil.⁴Faculdade Unificada do Estado de São Paulo. São Paulo, Brasil.⁵Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. São Paulo, Brasil.⁶Faculdade Anhanguera. São Paulo, Brasil.⁷Universidade Estadual Paulista. São Paulo, Brasil.⁸Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Bauru. São Paulo, Brasil.⁹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.*** Autor correspondente:** E-mail: alivolter@yahoo.com.br**Resumo**

Este estudo descreveu a gestão do cuidado à saúde destinada a crianças acometidas por transtorno afetivo bipolar. Tratou-se de uma pesquisa descritivo-qualitativo, realizado integrativa da literatura através da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde, *Google Scholar* e SciELO, realizada em novembro de 2022. Foram analisados 10 artigos que atenderam aos critérios de inclusão determinados, a busca ocorreu considerando artigos na língua portuguesa e inglesa, com artigos livres anexados e indexados nas plataformas virtuais de estudos acadêmicos entre os anos de 2012 a 2022. O objetivo desta pesquisa foi descrever os cuidados e tratamentos na ótica multiprofissional existentes na área da saúde e enfrentamento da criança na questão defensiva dos neurônios após uso prolongado de psicotrópicos.

Descritores: Comportamentos Infantis; Transtorno Afetivo Bipolar na Infância; Psiquiatria; Saúde Mental; Pediatria.**Como citar este artigo:**

Voltarelli A, Sakman R, Marquez DS, Lima AS, Arruda AL, França CE, Corrêa CRT, Hoelz CMR, Sousa RP. Gestão do cuidado de crianças com transtorno afetivo bipolar. Glob Clin Res. 2024;4(1):e68. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210068>

Submissão: 07-11-2022

Aprovação: 05-02-2023



Abstract

This study described the management of health care for children with bipolar affective disorder. This was descriptive-qualitative research, carried out integrative of the literature through the Virtual Health Library, Google Scholar, and SciELO platforms, carried out in November 2022. Ten articles that met the determined inclusion criteria were analyzed. The search was carried out considering articles in Portuguese and English, with free articles attached and indexed in the virtual platforms of academic studies between the years 2012 to 2022. The objective of this research was to describe the care and treatments from a multidisciplinary perspective existing in the health area and the child's coping with the defensive issue of neurons after prolonged use of psychotropic drugs.

Descriptors: Child Behaviors; Childhood Bipolar Affective Disorder; Psychiatry; Mental Health; Pediatrics.

Resumén

Este estudio describió la gestión de la atención médica para niños con trastorno afectivo bipolar. Se trató de una investigación descriptiva-cualitativa, realizada integrando la literatura a través de la Biblioteca Virtual de Salud, Google Académico y SciELO, en noviembre de 2022. Se analizaron diez artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. La búsqueda se realizó considerando artículos en portugués e inglés, con artículos gratuitos adjuntos e indexados en plataformas virtuales de estudios académicos entre los años 2012 y 2022. El objetivo de esta investigación fue describir la atención y los tratamientos desde una perspectiva multidisciplinaria en el área de la salud, y el afrontamiento del niño con el problema defensivo de las neuronas tras el uso prolongado de psicofármacos.

Descriptorios: Conductas Infantiles; Trastorno Afectivo Bipolar Infantil; Psiquiatría; Salud Mental; Pediatría.

Introdução

Ao realizar uma reflexão da pesquisa científica como meio de desenvolvimento profissional do indivíduo nas organizações, o transtorno afetivo bipolar (TAB) é classificado pela Psiquiatria como um transtorno mental que expressa um quadro grave, crônico, recorrente e incapacitante e que representa um grande problema de saúde. Suas características são por dois tipos de condições: (a) mania e (b) depressão. Esses sintomas influenciam de forma significativa a vida dos indivíduos diagnosticados com TAB, tanto na apresentação sintomática, quanto quando submetidos às estratégias de tratamento. O diagnóstico do TAB é realizado por meio do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e pela Classificação Internacional de Doenças (CID)^{1,2}.

Os temas abordados possuem relação à adesão ao tratamento medicamentoso, treino em resolução de problemas e hábitos saudáveis. Por esta ser uma área de investigação científica recente, os resultados desta revisão sustentam um panorama geral sobre pesquisas de intervenção para tratar o TAB, assim como, suas limitações e benefícios. Esses resultados poderão ser utilizados por pesquisadores e profissionais da área como meio de informação e atualização sobre a produção científica deste transtorno na infância e adolescência. Apesar das controvérsias existentes quanto à forma de diagnosticar o TAB, existem estratégias de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para o tratamento nessa população e que serão descritas brevemente a seguir, existe estratégias de tratamentos farmacológico e psicossocial para o TAB^{2,3}.

O transtorno bipolar é um distúrbio que afeta o sistema nervoso do paciente. Nesse caso, ocorre que o

indivíduo fica muito deprimido ou muito agitado, sendo também comum a insônia. Durante esses episódios, chamados de mania, ocorrem mudanças no cérebro e no corpo do paciente. A doença é hereditária e afeta 2% da população. Qualquer pessoa pode pegar a doença, mas é mais comum em quem já tem um familiar com o problema. O objetivo desta pesquisa foi descrever os cuidados e tratamentos na ótica multiprofissional existentes na área da saúde e enfrentamento das crianças na questão defensiva dos neurônios após uso prolongado de psicotrópicos⁴.

Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo, realizada em novembro de 2022. A coleta de dados foi conduzida nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Google Scholar* e SciELO, utilizando os descritores "comportamentos infantis", "transtorno afetivo bipolar na infância" e "assistência à saúde". Foram incluídos artigos científicos publicados entre 2012 e 2022, nos idiomas português e inglês, disponíveis na íntegra e indexados em plataformas acadêmicas. Os critérios de exclusão abrangeram estudos duplicados, revisões não sistemáticas e artigos que não abordavam diretamente a gestão do cuidado em crianças com transtorno afetivo bipolar (TAB). Após triagem, 10 artigos foram selecionados para análise crítica, seguindo as etapas de: (1) identificação do problema de pesquisa, (2) busca na literatura, (3) avaliação dos dados, (4) análise e interpretação dos resultados, e (5) síntese do conhecimento. A extração dos dados considerou: objetivos, metodologia, intervenções terapêuticas (farmacológicas e psicossociais) e principais achados.



resolução de problemas, habilidades de comunicação e apoio entre membros do grupo e familiares⁷.

A utilização da estratégia apresentada no parágrafo anterior, porém aplicada individualmente. Por esta razão, foi denominada pelos autores de Psicoeducação Familiar Individual (*Individual Family Psychoeducation* - IFP), o tratamento para Adolescentes focado na Família (*Family-focused Treatment for Adolescents* - FFT-A). É o modelo de intervenção que objetiva reduzir os sintomas do TAB em adolescentes por meio da maior sensibilização para lidar com o mesmo, da redução da expressividade emocional por parte dos familiares e/ou cuidadores e, ainda, favorecer melhoria na resolução de problemas e desenvolvimento de habilidades de comunicação. Tal proposta consiste de três componentes: psicoeducação, reforçamento positivo dos comportamentos compatíveis com a comunicação, e treino de habilidades em solução de problemas⁸.

A Terapia Dialética Comportamental para Adolescentes (*Dialectical Behavior Therapy for Adolescents*), foi adaptada para intervenção com adolescentes com TAB. É constituída de duas modalidades: (a) treinamento de habilidades familiares e (b) psicoterapia individual com o adolescente. O período de tratamento total é de um ano, com 24 sessões semanais que se alternam entre a terapia familiar e individual nos primeiros seis meses. Mais 12 sessões são feitas no último semestre. Em um pequeno ensaio aberto preliminar, utilizando a estratégia de tratamento acima descrita em 10 adolescentes com TAB, foram encontrados, como resultados, a diminuição do comportamento suicida, auto-prejudicial, da desestruturação emocional e dos sintomas depressivos^{8,9}.

A Terapia Cognitivo-Comportamental focada na Criança e na Família (*Child and Family Focused Cognitive-Behavioral Therapy* - CFF-CBT) foi realizada para atender às necessidades específicas de desenvolvimento de crianças de 8 a 12 anos com TB. Abrange um extenso trabalho com os pais, ao mesmo tempo realizado com as crianças, com objetivo de identificar, através destes, as necessidades terapêuticas da criança, auxiliando-os também a desenvolver um estilo parental adequado frente aos filhos. Um segundo objetivo a ser destacado nessa estratégia de tratamento é integrar psicoeducação, CBT e técnicas de terapia interpessoal adaptadas às necessidades das crianças. Essa integração pode possibilitar melhoria no tratamento farmacológico que é realizado simultaneamente⁹.

Todas as estratégias psicossociais utilizadas para o tratamento do TAB apresentadas nesta seção incluem o componente transmissão de conhecimento e informação sobre a doença. Este componente parece ser viável e pode ser útil na adesão ao tratamento medicamentoso e melhoria na qualidade de vida, pois aborda aspectos específicos da doença, além da medicação, as crianças e adolescentes com TAB estão se tornando alvo de maiores investigações, bem como, uma questão prioritária no contexto da saúde, objetivos gerais, identificar, por meio de uma revisão bibliográfica de estudos empíricos, quais intervenções psicossociais conduzidas em grupo e/ou individualmente são utilizadas para tratar o TAB e analisar os dados obtidos quanto aos objetivos, método, temas desenvolvidos e

Resultados e Discussão

Existe uma abundância de medicamentos indicados para pacientes adultos com TAB e que também têm sido utilizados em crianças. Estes são denominados antidepressivos, estabilizadores do humor, antiepiléticos e antipsicóticos e podem trazer melhoras clínicas e favorecer o curso e prognóstico das pessoas acometidas pelo TAB. Os medicamentos têm como principal objetivo a tentativa de reduzir dos fatores desestabilizadores do humor e aumento de estratégias estabilizadoras. O transtorno bipolar inicialmente danifica as conexões neurais e, ao longo da doença, há perda de células e atrofia de áreas específicas do cérebro. Em neuroquímica, a perda de conectividade está associada à degeneração, esses resultados reforçam a ideia de que não podemos colocar todos os pacientes em um único tratamento. É preciso personalizá-los porque são diferentes⁵.

A melhor maneira de evitar esta doença ou reduzir seus sintomas é procurar tratamento e usar a medicação adequada para evitar novos surtos, quanto maior a gravidade da doença, mais forte necessita ser o tratamento medicamentoso. Dentre os principais medicamentos destacam-se os estabilizadores de humor: lítio, carbamazepina, oxcarbazepina, entre outros; antidepressivos: fluoxetina; antiepiléticos: ácido valpróico, lamotrigina; antipsicóticos: quetiapina, olanzapina, topiramato, haloperidol, flufenazina, risperidona, dentre outros. Apesar do avanço do tratamento medicamentoso, a baixa adesão pode acontecer por falta de orientação sobre a importância de sua utilização, o constante abandono do tratamento pode ser por desconhecimento do problema ou a preferência pelo humor eufórico, apesar do tratamento medicamentoso estar associado a prevenções de recaídas e ao menor risco de recidivas, 60% dos pacientes que utilizam medicamento têm recaídas no prazo de dois anos após um episódio agudo, e pelo menos 50% experienciam sintomas significativos associados à oscilação do humor entre os episódios, seguidamente do controle dos sintomas e a estabilização do humor, pacientes com TBIA podem ainda apresentar prejuízos relevantes em relação ao desempenho escolar, relacionamento familiar e social. Tal condição aponta as limitações da farmacoterapia e há recomendação para intervenções psicossociais no tratamento do TAB^{5,6}.

A seguir serão demonstrados exemplos de intervenções psicossociais para o TAB encontradas na literatura, sendo elas: (a) Grupo Psicoeducacional Multifamiliar, (b) Tratamento para Adolescentes focado na Família, (c) A Terapia Dialética Comportamental para Adolescentes e (d) Terapia Cognitivo-Comportamental focada na Criança e na Família, o Grupo Psicoeducacional Multifamiliar (Multi-family Psychoeducational Group, MFPG); É um tipo de intervenção psicoeducacional para pais de filhos com TAB desenvolvido por Fristad, Este tipo de intervenção é composta por oito sessões de 90 minutos para pais e também sessões simultâneas, direcionadas aos filhos. Essa estratégia tem a finalidade de ensiná-los sobre a doença, tratamento, manejo dos sintomas, melhorar a



resultados das intervenções⁹.

Com relação aos temas trabalhados nas intervenções, todos os estudos abordaram informações básicas sobre o TAB. Algumas intervenções utilizaram-se de componentes psicoeducativos, outras de componentes psicoterápicos, embora em alguns deles os autores não tenham descrito suas intervenções como psicoeducativas ou psicoterapêuticas, constata-se que no conceito das intervenções ocorre as formas de intervenções que são os componentes da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC): Educar pacientes, seus familiares e amigos sobre o transtorno bipolar, seu tratamento e dificuldades associadas à doença; ajudar a controlar sintomas leves sem necessidade de modificar a medicação; ajudar a enfrentar fatores de estresse que podem interferir no tratamento ou precipitar episódios de mania e depressão, dentre outras¹⁰.

Aponta-se como componentes de um programa psicoeducacional: "Informação concreta sobre alguns assuntos como transtorno bipolar e risco de suicídio; treinamento sobre manejo de sintomas; treinamento em gerenciamento de estresse, dentre outras". A partir destes exemplos nota-se que intervenções estão sendo chamadas de formas diferentes, porém abordam os mesmos pontos de vista¹⁰.

Outras perspectivas que devem ser considerados em relação ao pequeno número de estudos localizados consiste no fato de, por muito tempo, o TAB ter sido subdiagnosticado, mal- reconhecido e confundido com outros quadros psicopatológicos, o referido transtorno é caracterizado no DSM- IV- TR por uma combinação alternada e intensa de episódios de humor. No entanto, segundo tais autores, todas as crianças e adolescentes, seguramente, apresentam alterações de humor características de sua faixa etária ao longo o seu desenvolvimento. Contudo, como em todos os transtornos, essas variações emocionais só se tornam clinicamente significativas quando alteram-se a ponto de causar comprometimento funcional⁹.

A comparação das características do TAB em adultos com o transtorno em crianças e/ou adolescentes traz alguns contratempos, pois, dependendo da idade, as crianças podem expor alguns comportamentos topograficamente parecidos àqueles que são descritos como sendo sintomas de TAB, mas que não o são. Por exemplo, choro excessivo ou irritabilidade podem ser apresentados devido a uma dificuldade de expressão verbal decorrente de um processo de aprendizagem¹⁰.

Assim, o autor chama atenção para a distinção entre o repertório comportamental de adultos e crianças, cabendo destacar que nos Manuais Diagnósticos os critérios diagnósticos possuem relação com comportamentos do adulto e, por devido a isto, faz-se contraindicado para avaliar crianças e /ou adolescentes. Diante do exposto nos parágrafos anteriores sobre como diagnosticar o TAA, sugere que para a realização de um diagnóstico confiável do transtorno recomenda-se: (1) utilizar escalas direcionadas à população infantil que avaliam sintomas, (2) conhecer a história de vida do paciente e de sua família, bem como (3) empregar os manuais de diagnósticos. Isto porque o tempo destinado para consulta não é suficiente para que

esse tipo de procedimento seja adotado de maneira satisfatória. Assim sendo, constata-se mais um fator que contribuiria para que o diagnóstico de TAB fosse realizado de modo mais confiável.

Nas intervenções realizadas pode-se verificar a existência de algumas medidas de avaliação tais como, inventários, testes psicométricos e escalas. O emprego dessas medidas apesar de ainda não ser o ideal em relação à avaliação, até mesmo devido a sua generalidade e abrangência de transtornos que se objetiva detectar, tem aparecido como uma tentativa de validade. Qualquer que seja a forma de intervenção escolhida é necessário assegurar-se da educação do paciente, não sendo suficiente apenas a adesão, o controle dos sintomas e a prevenção das recaídas. Este mesmo autor reitera ainda, que a educação deveria ser um processo contínuo, especialmente na medida em que o conhecimento sobre este transtorno expande, a psicoeducação propicia um significativo instrumento que auxilia no tratamento do transtorno bipolar e no manejo da ansiedade, medo, estigma e baixa autoestima. Como estratégia de intervenção, a psicoeducação deve ser utilizada paralelamente ao tratamento medicamentoso (estabilizadores de humor), porque aprimora sua eficácia. Para esses autores, e é um dado também constatado na presente pesquisa, esta é a intervenção-chave para a avanço a longo prazo dos transtornos bipolares. O transtorno bipolar geralmente começa no meio da adolescência ou início da idade adulta. O transtorno bipolar em adolescentes é semelhante ao transtorno bipolar em adultos, a causa não é clara, mas a predisposição para desenvolver transtorno bipolar pode ser genética, as anormalidades químicas e anatômicas no cérebro podem estar envolvidas. Em crianças com esse distúrbio, o estresse pode desencadear ataques. Além disso, algumas outras condições, como uma tireoide hiperativa ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), podem causar alguns sintomas semelhantes. Certas drogas e toxinas no ambiente, como chumbo, podem causar sintomas semelhantes^{9,10}.

Pesquisas recentes também mostraram que adolescentes que usam produtos de cannabis correm maior risco de certos transtornos psiquiátricos, como transtorno bipolar e esquizofrenia. Este risco aumentado não pode ser explicado por fatores genéticos. Há preocupações de que a recente legalização da maconha possa dar aos adolescentes (e pais) uma falsa sensação de segurança no uso da substância, em muitas crianças, o primeiro sintoma do transtorno bipolar é um ou mais episódios de depressão, os principais sintomas são episódios de graus variados de euforia e entusiasmo (mania intensa e hipomania menos intensa), alternando com episódios depressivos, que podem ocorrer com maior frequência. As crianças podem experimentar mudanças de humor muito violentas. Durante um episódio maníaco, o sono é interrompido e as crianças podem se tornar agressivas, ocorre humor muito positivo ou muito irritáveis, podem falar rapidamente podem ter grandes ideias^{9,10}.

Por exemplo, as crianças podem pensar que têm talentos extraordinários ou que fizeram descobertas



importantes. Seu julgamento pode ser prejudicado e os adolescentes podem se envolver em comportamentos irresponsáveis, como promiscuidade sexual ou direção descuidada. As crianças pequenas podem ter emoções dramáticas, mas geralmente duram apenas um momento. O desempenho escolar com frequência se deteriora¹⁰.

Durante um episódio de depressão, crianças com transtorno bipolar, como crianças com depressão sozinhas, sentem-se excessivamente tristes e perdem o interesse em suas atividades habituais. Eles podem pensar e se mover lentamente e dormir mais do que o normal. Sentimentos de desesperança e culpa podem dominá-los, as crianças com transtorno bipolar parecem normais entre os episódios, ao contrário das crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que estão em constante estado de hiperatividade, os sintomas começam lentamente. Antes que a doença se desenvolva, no entanto, as crianças costumam ser muito mal-humoradas e difíceis de controlar. Sintomas, testes para verificar outras causas e médicos diagnosticam o transtorno bipolar com base na descrição dos episódios característicos da criança e dos pais. Os médicos estão tentando determinar se algo, como estresse intenso, desencadeou o evento. É importante distinguir o transtorno bipolar de outros transtornos.

Fármacos utilizados e mecanismos de ação

O lítio interfere no metabolismo dos trifosfatos de inositol, resultando na liberação de cálcio de seus depósitos intracelulares, presumivelmente pela inibição de enzimas na via de formação do inositol. Existem outras hipóteses que justificam seu uso como estabilizador de humor: Devido à sua semelhança com outros elementos (sódio, potássio, cálcio e magnésio), aumenta os níveis de serotonina e diminui os níveis de norepinefrina, além de alterar as concentrações de dopamina, ácido g-aminobutírico (GABA) e acetilcolina. Inibe a adenilato ciclase e a inositol-1-fosfatase, resultando em diminuição da neurotransmissão noradrenérgica. A inibição da adenilato ciclase resulta na redução do monofosfato de adenosina cíclico (cAMP) através de uma variedade de mecanismos, incluindo a inibição da ligação da calmodulina à unidade catalítica da enzima e o acoplamento dos receptores às proteínas G3, a inibição da inositol-1-fosfatase leva a uma depleção relativa de inositol e subsequentemente a alterações no receptor de fosfatidilinositol; entretanto, os efeitos da administração crônica são provavelmente mediados por alterações distais ao receptor (por exemplo, no nível da proteína G) ou por alterações nas isoenzimas da proteína quinase-C que levariam à fosforilação de proteínas nucleares.

Em relação à norepinefrina, o lítio reduz a estimulação da adenilato ciclase mediada por receptores β -adrenérgicos e tende a reduzir o número de receptores A2. Também ocorre por meio de vários mecanismos, como aumento da captação de triptofano (precursor da serotonina) e diminuição da atividade dos receptores serotoninérgicos pré-sinápticos inibitórios e aumento da liberação de serotonina, especialmente no hipocampo¹⁰.

No hipocampo, os receptores 5-HT₂ também são reduzidos e as respostas pós-sinápticas aos receptores 5-HT₁ são aumentadas. supra regulada) atividade de transporte de glutamato. Além disso, há evidências de que o lítio aumenta os níveis de GABA e regula os receptores GABA do hipocampo. A carbamazepina efeitos bioquímicos e neurofisiológicos têm sido relatados para a carbamazepina, incluindo estabilização dos canais de sódio e potássio, redução do fluxo de cálcio, antagonismo dos receptores periféricos de benzodiazepina GABA_B (*up-regulation*) e ação como antagonista ou agonista da adenosina, seu exato mecanismo de ação como estabilizador de humor ainda desconhecido.

O efeito psicofarmacológico do divalproato de sódio se deve à sua capacidade de potencializar a função do GABA. Uma hipótese para explicar sua eficácia seria uma possível relação entre alterações centrais ou periféricas do GABA e a fisiopatologia dos transtornos de humor, observa-se que o uso subcrônico (3 semanas) de ácido valpróico aumentava a neurotransmissão serotoninérgica central em pacientes maníacos, verificou-se no passado que a droga poderia restaurar as baixas atividades de GABA e serotonina encontradas em distúrbios afetivos e que esses mecanismos podem estar relacionados à sua eficácia nesses distúrbios^{5,10}.

Até recentemente, o transtorno bipolar era considerado relativamente raro na infância e adolescência, um debate sobre a possível existência do transtorno bipolar em crianças mudou ao longo da história e foi dada a importância do diagnóstico precoce considerando médicos psiquiatras treinados em reconhecimento estão cada vez mais reconhecendo episódios de sintomas na infância devido a manifestações clínicas mais graves, pois a má resposta ao tratamento e prognóstico ruim a longo prazo. Os sintomas psicóticos são comuns e uma proporção significativa de crianças é diagnosticada inicialmente com depressão, o médico determina se a criança está tomando algum medicamento que possa estar causando os sintomas. Os médicos também podem verificar sinais de outros distúrbios que possam estar contribuindo ou causando os sintomas. Por exemplo, eles podem fazer exames de sangue para verificar se há uma tireoide hiperativa¹⁰.

O tamanho da amostra desses estudos foi limitado a dez, no máximo vinte pacientes, o que exclui da lógica científica a possibilidade de extrapolar esses achados como característicos da doença, embora alguns autores sugiram isso. Em relação aos estudos genéticos do THB, ainda não há marcador genético diretamente ligado ao aparecimento da doença. O uso contínuo de estabilizadores de humor parece ser essencial não apenas para manter um humor estável, mas também para prevenir o aparecimento de alterações bioquímicas associadas a algum grau de dano nervoso¹⁰.

Por outro lado, a não adesão ao tratamento farmacológico e a posterior piora do THB podem determinar danos celulares secundários e alterar de forma consistente, às vezes irreversível, o processo cognitivo e o curso e prognóstico da doença. Estudos que avaliam a modulação induzida por estabilizadores de humor na neurotransmissão e nos sistemas neuroprotetores



neurogliais podem fornecer novos conhecimentos sobre a neurobiologia e ajudar a descobrir novas opções terapêuticas para o tratamento de pacientes com essa doença complexa. O achado neurobiológico mais consistente e representativo do THB são as alterações nas células gliais. Estudos mostraram uma diminuição significativa no número e densidade da glia (mas não no tamanho) no THB. Outro estudo também relatou uma diminuição na densidade de oligodendrócitos (um tipo de célula glial) na mesma região. Esta alteração não deve ser considerada como o principal achado neuropatológico no BHT, mas como algumas alterações neuronais (especialmente em neurônios GABAérgicos não piramidais)^{9,10}.

Como base para esse argumento, há apenas um estudo que demonstrou redução da densidade glial em pacientes bipolares sem o uso de estabilizadores de humor, o tratamento medicamentoso visa restabelecer o comportamento, controlar os sintomas agudos e prevenir novos episódios, a polifarmácia, dependência química e outros fatores que contribuem para o viés amostral. O tamanho da amostra desses estudos foi limitado a dez, no máximo vinte pacientes, o que exclui da lógica científica a possibilidade de extrapolar esses achados como característicos da doença, embora alguns autores sugiram isso.

Conclusão

Este estudo evidenciou que o manejo do transtorno

afetivo bipolar (TAB) em crianças exige uma abordagem multiprofissional, integrando terapêutica farmacológica e intervenções psicossociais. Os fármacos mais utilizados incluem estabilizadores de humor (lítio, valproato), antipsicóticos atípicos (quetiapina, risperidona) e antidepressivos (fluoxetina), os quais atuam na modulação de neurotransmissores como serotonina, dopamina e GABA. Contudo, observa-se que o uso prolongado pode acarretar efeitos neuroadaptativos, exigindo monitoramento rigoroso. As intervenções psicossociais - como psicoeducação familiar, terapia cognitivo-comportamental (TCC) e terapia dialética comportamental (DBT) - demonstraram eficácia na adesão ao tratamento, redução de recaídas e melhoria da funcionalidade. A psicoeducação destacou-se como estratégia essencial para conscientizar pacientes e cuidadores sobre a doença, enquanto a TCC auxiliou no manejo de sintomas residuais e prevenção de crises. Apesar dos avanços, persistem desafios, como o subdiagnóstico e a heterogeneidade sintomatológica em crianças, frequentemente confundida com TDAH ou depressão. Recomenda-se a avaliação neuropsicológica detalhada e a personalização terapêutica, considerando fatores como hereditariedade, comorbidades e impacto no desenvolvimento. Conclui-se que a associação entre farmacoterapia e suporte psicossocial é fundamental para um prognóstico favorável, reduzindo prejuízos cognitivos e sociais. Futuros estudos devem investigar marcadores biológicos e intervenções precoces, visando otimizar o cuidado integral à essa população.

Referências

1. Brito BER, Rocha TS, Barbosa MMM, Vieira RM, Fonseca GCD, Queiroz LS, Couto HC, Melo ACA, Soares JB, Polakiewicz RR. Tentativas recorrentes de autoextermínio em paciente com múltiplos transtornos psiquiátricos: entraves a um bom diagnóstico. *Glob Acad Nurs*. 2022;3(Spe.2):e273. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200273>
2. Gatte CC. O transtorno bipolar na infância e seu desenvolvimento pessoal e educativo. *Rev Eletrôn Fac Invest Cienc Tecnol* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 5];4(2):10. Available from: <https://revista.institutoinvest.edu.br/index.php/revistainvest/article/view/35>
3. Diler RS, Birmaher B. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes. In: *Tratado de Saúde Mental da Infância e Adolescência da IACAPAP* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 5]. Available from: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/d292a0364156f1423e70d7b1a6461b7656ff195f/E.2-Bipolar-Portuguese-2020.pdf
4. Gianotti FS, Nunes CP. Diagnóstico precoce do transtorno bipolar. *Rev Med Fam Saúde Ment*. 2019;1(1).
5. Acosta JR. Bullying e sintomas psicóticos em crianças e adolescentes com transtorno bipolar [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/196885>
6. Assunção IL, Silva AB, Oliveira RM, Santos LP, Lima CF. Alterações neuropsicológicas no transtorno bipolar. *E-Acadêmica* [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 5];3(2):e2432146. Available from: <https://www.eacademica.org/eacademica/article/view/146>
7. Cruz MB. Transtorno específico de aprendizagem em crianças e adolescentes com transtorno bipolar: prevalência e correlatos neuroanatômicos [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/179006>
8. Lopes AB, Pereira TC, Almeida RS, Souza LM, Ferreira GS. Transtorno de ansiedade generalizada: uma revisão narrativa. *Rev Eletrôn Acervo Cient*. 2021;35:e8773. <https://doi.org/10.25248/react.e8773.2021>
9. Amancio D, Silva LM, Oliveira RF, Costa PR. A relevância dos estudos neuropsicológicos das funções executivas na intervenção do transtorno bipolar I e II associado à terapêutica de terapia cognitivo-comportamental. *Amazônica Rev Psicopedagog Psicol Escolar Educ* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 5];21(1):145-66. Available from: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/4713>
10. Silva MVR. Intervenção cognitivo-comportamental no estresse infantil. *Scientia Generalis* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 5];2(1):23-36. Available from: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/145>

