IDENTIFICAÇÃO DO TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR INFANTIL EM ODONTOPEDIATRIA-
BIPOLAR DISORDER

Sarah Quetura Reis da **SILVA**[1], Letícia Diniz Santos **VIEIRA**[2], Renan Bezerra **FERREIRA** [3].

Resumo
O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) é um perturbação cerebral que causa várias mudanças no humor, no desempenho e na energia de quem sofre com a doença. O TAB tem como características graves alterações de humor envolvendo períodos de insanidade no TAB tipo I e de depressão no TAB tipo II. Algumas das causas para o desenvolvimento da doença são os fatores ambientais, sócio econômicos e traumas. Não há ainda nenhuma cura definitiva para o transtorno, fazendo com que a doença dure a vida toda, sendo possível controlar os sintomas apenas através de medicamentos e psicoterapia. O diagnostico precoce da doença com o auxilio de medicamentos estabilizadores de temperamento e antipsicóticos melhoram expressivamente o prognóstico. Conclui-se que existem dificuldades e limitações na infância para identificar e descrever suas emoções, o cirurgião dentista deve identificar um TAB quando forem observadas variações de comportamento no atendimento odontológico como alterações de humor anormal e sucessivamente elevado, expansivo ou irritável e descuido com à higiene pessoal. Esta revisão tem como objetivo relatar aspectos históricos e etiológicos do transtorno afetivo bipolar infantil, caracterizando o curso da doença e o tratamento .
Palavras- chave: Comportamento infantil, Transtorno bipolar, Ideação suicida.

[1] Acadêmica do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos- UNICEPLAC

[2]Orientadora. Especialista, Mestre e Doutora em Odontopediatria Pós doutoranda em Biofotônica UNINOVE SP, Especialista em Ortodontia , professora da disciplina de Odontopediatria e membro do NDE do curso de Odontologia no Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos – UNICEPLAC

[3] Coorientador. Cirurgião Dentista Especialista e mestre em odontopediatria, especialista em ortodontia

Brasília, DF, Brasil - 2019

Autor para Correspondência: Sarah Quetura Reis Silva
Endereço: Quadra 411 Conjunto 08 Casa 01 Samambaia, Brasília-DF
Telefone: (61) 99683662
E-mail: sarahe455@hotmail.com

Categoria: Revisão de Literatura
Área: Odontopediatria

Introdução

O Transtorno Afetivo Bipolar na infância (TAB) é uma perturbação cerebral que causa várias mudanças no humor, na conduta e na energia de quem sofre com a doença. Existem vários tipos de transtornos, porém todos eles envolvem claras mudanças de humor, entre períodos de muita euforia e outros de depressão.[1]

Na infância os sintomas podem ser em episódios maníacos, fazendo com que a criança tenha temperamento explosivo, desenvolvendo atividades de alto risco, tendo dificuldades para dormir, ou até mesmo episódios depressivos podendo sentir-se triste sem motivos, comer em excesso ou não comer e sentir muita culpa.[2]

A Organização Mundial da Saúde de transtorno bipolar aponta que em adultos, a prevalência é de 1% no tipo I e 4,4% no tipo II. Ou seja, 64% da população adulta têm a bipolaridade apresentada. Nas crianças, a bipolaridade é pouco conhecida; cerca de 7 em cada 10 indivíduos com o TAB receberam no mínimo um diagnóstico errado, e a grande maioria antes de receber um diagnóstico correto, esperou mais de 10 anos tendo já dado início aos sintomas. Contudo na população em geral juvenil a prevalência do TAB tipo II é cerca de 6%.[3]

Não há ainda nenhuma cura definitiva para o transtorno, fazendo com que a doença dure a vida toda, sendo possível controlar os sintomas apenas através de medicamentos e psicoterapia.[4]

Outra solução que recomenda-se é que os pais estejam sempre atentos aos comportamentos das crianças e adolescentes para que o diagnóstico e o tratamento sejam descobertos e feitos o mais rápido possível, evitando o prosseguimento no desenvolvimento da

doença, que em muitos casos poderá causar até mesmo o suicídio. [5]

Objetivo deste trabalho é revisar a literatura sobre TAB em crianças e adolescentes com o intuito de esclarecer os profissionais que atendem e os especialistas sobre os aspectos comportamentais correlacionados estes pacientes.

Foi realizado uma pesquisa eletrônica nas bases de dados MEDLINE, PUBMED, SCIELO e USP.

Foram incluídos artigos que indicaram relatos originais de pesquisas empíricas de intervenção psicossocial com crianças e adolescentes que tenham TAB, publicados entre os anos de 2004 até 2018, em inglês, português, espanhol e francês. Foram excluídos os artigos com estudos incompletos e repetidos.

Logo após a coleta de dados foi realizado a leitura e a seleção dos artigos totalizando 15. A qualidade cientifica dos artigos foram analisados a partir dos seguintes pontos: objetivo da pesquisa, temas abordados e resultados.

Revisão de literatura

No período grego clássico constituíram definições do transtorno de humor na tentativa de conceituar perspectivas médicas e filosóficas. Hipócrates criou a primeira classificação dos transtornos mentais, relatando a melancolia, a mania e a paranoia. Aretaeus no século I discriminou a melancolia e a mania como sintomas diferentes de uma mesma doença, sendo esses os primeiros conceitos da bipolaridade. Em 1854 Falret deu uma descrição explicita apontando o transtorno bipolar como uma doença única porem com episódios separados. [6]

Na idade média o primeiro episódio maníaco foi relatado aos 7 anos e o primeiro episodio depressivo aos 6,5 nos.[3]

A partir do século XX o termo “bipolar” passou a ser usado para referir-se a o transtorno de humor.[6]

Estudos garantem que crianças e adolescentes tem máximas características psicóticas e um curso mais grave do transtorno do que em pessoas adultos.[2]

É importante lembrar que as crianças que passam por episódios de estresse, como dificuldades na vida financeira familiar, maus tratos e abuso sexual nessa fase da vida, as chances aumentam de 1,5 a 3x o risco de desenvolver o TAB. [7]

Diagnóstico

O TAB tem como características graves mudanças de humor, que envolve períodos de humor culminante e de depressão, alternados por períodos de absolvição. Existem dois tipos principais de transtornos: o tipo I que ocorrem mania nos episódios , e o tipo II que o aumento do humor é mais leve, ou seja, episódios de hipomania.[1]

O TAB é um transtorno complicado e multideterminado, motivado pelas interações de fatores genéticos e ambientais. [1]

Na infância geralmente mostrar-se uma ciclagem acelerada com quatro episódios de humor ao ano, assim como alterações ríspidas diárias, sintomas depressivos misturados e evolução ardilosa e crônica desde a infância.[2]

Em crianças são tomados os critérios gerais para o diagnóstico, acrescentando dois aspectos: humor depressível irritável, e problema para ganhar peso.[2]

Baseado na classificação de doenças internacionais , os critérios para o diagnostico do transtorno na infância são irritabilidade, agressividade e estados de humor misturado.[2]

Adolescentes que desenvolveram o TAB na infância tem maior probabilidade de ter uma imagem negativa de si mesmo, e pensamentos recorrentes a morte quando é comparado a adolescentes que desenvolveu o TAB na adolescência.[3]

TAB tipo I

É definido como sendo um distúrbio de temperamento que ocorre por um evento maníaco, ou seja, o indivíduo tem alteração em sua personalidade, podendo ter como por exemplo: raiva, euforia e a fase de mania que pode ser entendida como um período delicado de humor atípico e continuamente elevado, expansível ou irritável.[1-2]

TAB tipo II

É definido como um distúrbio recorrente de humor, baseados em vários eventos depressivos, e de hipomania. A principal características do TAB II é a frequência com que ocorre as alterações de humor sendo normalmente quatro ou mais vezes no decorrer de um ano.[1]

TAB associada a comorbidade

O TAB é um distúrbio que pode causar várias comorbidades como ansiedade e distúrbios do sono, podendo afetar cerca de 17% da população respectiva. Esse fato pode acarretar sensações ou alterações de autopercepção resultando em ações suicidas.[7] Pode ser analisado comorbidade de 90% do TAB em crianças e adolescentes com TDAH[8], de acordo com o DSM-V o TAB na infância pode possuir comorbidade de até 60% associados à outras doenças mentais, ate 75% com transtorno de ansiedade, ate 37% com o uso de substancias ilícitas ou licitas e até 14% apresentam pelo menos um episódio de revolta alimentar no decorrer da vida. [2,9] Quando o TAB é associado ao déficit de atenção e a hiperatividade a possibilidade de cometer o suicídio é de 2,38% em comparação os que não tem essa associação.[7] o TAB associa-se também há outros tipos de doenças como, transtorno opositivo desafiador, esquizofrenia, ansiedade, depressão e transtornos comportamentais. [1,10,11,12,13]

TAB associado a abuso sexual

Quando a criança é abusada fisicamente ou sexualmente, certamente ela vai apresentar dificuldades cognitivas e variações de humor sendo elas: agressividade, anedonia, auto-estima baixa, isolamento social, ansiedade, culpa, vergonha e uma sintomatologia depressiva. Adolescentes que sofreram abusos sexuais comparados a adolescentes que não sofreram abuso, não apresentam diferenças relacionadas a sintoma depressivo.[14]
É importante lembrar que crianças que passam por episódios de estresse, como dificuldades na vida financeira familiar, maus tratos e abuso sexual nessa fase da vida, as chances aumentam de 1,5 a 3x o risco de desenvolver o TAB. [7]

TAB associado ao suicídio

Algumas características são bem significativas para a realização do ato suicida como: histórico de comportamento masoquista ou auto prejudicial, internação por motivos psiquiátricos, episódios mistos, psicose, negligencia emocional, abuso sexual, abuso físico e emocional e fatores genéticos. Em geral, crianças e adolescentes tem maior probabilidade de cometer o ato suicida do que os adultos. Histórico familiar tem cerca de 07% na idealização do ato suicida, muitas vezes associados a relações frágeis familiares, ambiente desfavorável, sendo assim o tratamento é dirigido ao paciente e a família. [7]
Com relação ao sexo, as meninas tentam cometer o suicídio com mais frequência do que os meninos. No entanto, os rapazes têm uma taxa de sucesso maior que a taxa das meninas por escolherem formas mais violentas para cometer o ato suicida. O comportamento de autodestruição é uma realidade que atinge vários países do mundo, tendo como gatilho, causas como condições socioeconômicas da família. Em 2015 houve um aumento de 80,8% na taxa de ideação suicida entre adolescentes de 16 e 17 anos no Brasil. [7] A prevalência dos perturbações mentais em indivíduos que tentam o suicídio esta avaliada em cerca de 80 e 100%, deste modo é importante que seja realizada na primeira consulta um diagnóstico meticuloso sobre a probabilidade de suicídio , tendo em vista que indivíduos com antecedentes familiar de suicídios têm 4 vezes mais a probabilidade de cometer o ato . deve-se notar conduta de se auto agressão ou machucar-se de propósito como arrancar os cabelos, morder as unhas e língua.[11]

TAB associado ao uso de substancias

O uso de substancias ilícitas como álcool e fumo pode ser observada precocemente ou pode ser de difícil detecção. Nos casos mais leves a identificação do uso dessas substancias é mais difícil de detectar, porem podem ser observados lesões corporais devido a consequência de intoxicação, queda no desempenho escolar, deterioração mental e

física, necessitando assim de intervenções imediatas. Nos casos mais complexos o uso dessas substancias é considerado relativamente normal pelo usuário, que tem sentimento de culpa, vergonha e ou timidez, depressão, episódios de abstinência e comportamentos suicidas.[4]

Ao longo da vida a prevalência em relação ao uso de substancias ilícitas entre os pacientes que possuem o TAB é cerca de 56%, em adolescentes com o transtorno a prevalência é de 16%.[7]

Quando o cirurgião dentista suspeitar do uso de substancias, deve fazer a anamnese apenas com o paciente, sem a presença dos pais. O profissional pode fazer questionamentos sobre a opinião do paciente em relação a outras pessoas que fazem o uso de drogas ilícitas e perguntar sobre as experiencias que a criança ou o adolescente já teve com o uso das mesmas. [4]

Tratamento

O tratamento da criança e do adolescente deve ser o mais precoce possível. Embora existam polêmicas quanto a forma de identificar o transtorno em crianças, táticas e Interferências farmacológicas para o tratamento tem sido analisados por elementos de pesquisas empíricas.[2]

As recomendações para o uso de farmacológicos para o tratamento do TAB incluem a quetiapina o lítioe a lamotrigina como uma monoterapia, olozapina como empecilho seletivos da receptação da serotonina como tratamento de primeira linha. Como o de segunda linha entram o divalproato com monoterapia e associação de quetiapina com os inibidores seletivos modafinil junto com lítio.[1]

As evidencias adquiridas não ofereceram apoio à associação de antidepressivos com o aumento do risco de episódios maníacos.[1]

Uma variação de medicamentos indicados para o tratamento em adultos com TAB são prescritos para o tratamento infantil e trazem uma melhoria clinica reduzindo as oscilações de humor.[2]

As intervenções psicossociais têm um importante desempenho no tratamento associado a farmacoterapia. Os efeitos dessa associação revelam uma diminuição no número de recaídas e de mudanças de humor.[1,15]

Discussão

Arateus no século I D.C. e o psiquiatra Jules Baillarger no sec XIX afirmou que a melancolia e a mania são episódios de uma mesma doença no paciente dando assim a primeira percepção da bipolaridade.[1,6]

Segundo Os autores Antônio Carlos de Faria e Nayanne Beckmann, A etiologia do TAB é multifatorial e complexa estando associadas a fatores genéticos e ambientais. Tendo como uma das principais características de fatores ambientais o estresse e o abuso sexual.[1,11]

O TAB é caracterizado como o episódios de mania que tem como referência TAB TIPO I , e os eventos depressivos que no TIPO II. Segundo Renata Garcia, a fase de mania pode ser vista como um momento de humor anormal e elevado, Já Nayanne classificou o TAB I como grave e persistente. No TAB II o paciente sofre um rebaixamento de humor que pode ser moderado ou grave , que pode durar até duas semanas porém o DSM revela que os sintomas devem acontecer por no mínimo dois meses.[1,2,9,11]

Nos episódios depressivos devido ao rebaixamento de humor , uma das principais consequências relacionadas a doença é a criança ou o adolescente possa vir a cometer suicídio. Sabendo que meninas tentam cometer mais suicídio que meninos, porem os rapazes tem uma taxa de sucesso maior devido a escolha de formas mais violentas para cometer o ato.[7,11]

Dênio Lima afirma que o diagnostico do TAB em crianças deve ser baseado em comportamento agressivo, queixas somáticas e redução da energia . Já Renata afirma que os critérios para o diagnóstico devem ser agressividade, estado de temperamento misto e irritável . Porem Eugenio Grillo garante que existem muitas dificuldades para o diagnostico já que estão unidos a limitações que a criança possui em identificar e descrever suas emoções, e que deve-se considerar um Transtorno quando existir limitações no rendimento escolar sem explicação e problemas para manter relações sociais .[2,4,14]

Autores concordam que o TAB pode está associados à outras comorbidades como

TDAH, transtorno de ansiedade, transtorno alimentar e uso de substâncias ilícitas. E que o tratamento para o transtorno é o farmacológico é o mais recomendado pois trazem uma melhoria clinica. [1,2,4,11]

Conclusão

Conclui-se que o TAB é um transtorno cerebral que pode causar várias mudanças de humor e comportamento surgindo episódios humor deprimido e maníaco . Sabendo que ainda não há uma cura definitiva para o transtorno, tratamentos farmacológicos e intervenções psicossociais podem controlar os sintomas da doença. Compreendendo que existem dificuldades e limitações na infância para identificar e descrever suas emoções, o cirurgião dentista deve identificar um TAB quando forem observadas variações de comportamento no atendimento odontológico como alterações de humor anormal e sucessivamente elevado, expansivo ou irritável e descuido com à higiene pessoal, sendo assim, conseguirá prevenir mudanças do seu paciente em relação à mudança no seu perfil de higiene bucal, prevenindo assim o descontrole da placa bacteriana. Portanto é de grande importância que o odontopediatra esteja capacitado para identificar um transtorno, uma vez que são um dos primeiros profissionais escolhidos pela família para o atendimento infanto-juvenil.

Bipolar Disorder

Abstract

The Bipolar Affective Disorder (BAD) is a brain disorder that causes several changes in mood, performance and energy of those who suffer with the disease. The TAB has characteristics as severe mood swings involving periods of mania in bipolar I disorder and hypomania in BAD type II. Some of the causes for the development of the disease are environmental factors, economic and social trauma. There is still no permanent cure for the disorder, causing the disease lasts a lifetime, and you can only control the symptoms through medication and psychotherapy. Early diagnosis of the disease with the help of temper stabilizers and antipsychotic drugs significantly improve the prognosis. It is concluded that there are difficulties and limitations in childhood to identify and describe their emotions, the dentist must identify a TAB when behavior changes are observed in dental care as abnormal mood swings and successively elevated, expansive or irritable and neglect of personal hygiene. This review aims at reporting historical and etiological aspects of child bipolar disorder, characterizing the course of disease and treatment

Keywords: Child Behavior, Bipolar Disorder, Suicidal Ideation, .

Referências

1. Bosaipo NB, Borges VF, Juruena MF. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Medicina (Ribeirão Preto, Online.) 2017;50(Supl.1),jan-fev.:72-84
2. Moraes RGA, Gon MCC, Zazula R. Transtorno bipolar em crianças e adolescentes: critérios para diagnóstico e revisão de intervenções psicossociais. Psico (Porto Alegre), 2016; 47(1), 77-87.
3. Scholl JM. COMMENT J'EXPLORE... la bipolarité en pédopsychiatrie: une sémiologie dimensionnelle. Rev Med Liège 2016; 71 : 2 : 94-100.
4. Grillo E, Silva RJM. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2(Supl), 2004.
5. Almeida ML, Freire JG, Próchno CCSC. O SINTOMA DA CRIANÇA NA HISTÓRIA DA PSICANÁLISE E NA CONTEMPORANEIDADE: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA PRÁTICA DESPATOLOGIZANTE. Estilos clin., São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. 2016, 302-320.
6. Campos RN, Campos JAO, Sanches M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. Campos RN, et al. / Rev Psiq Clín. 2010;37(4):162-6.
7. Peixoto FSN, Sousa DF, Luz DCRP, Vieira NB, Júnior JG, Santos GCA, Silva FCT, Neto MLR. Bipolarity and suicidal ideation in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. das Neves Peixoto et al. Ann Gen Psychiatry (2017) 16:22 DOI 10.1186/s12991-017-0143-5.
8. Yáñez MC,Ricardo García SR. Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2013; 51 (3): 211-220.
9. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 5ª edição DSM-5. American Psychiatric Association.
10. Souza F, Grupo do IPq vai investigar aspectos da esquizofrenia na infância e na adolescência. Agência USP de Notícias .
11. Farias AC, Cordeiro ML. Mood disorders in children and adolescents: update for pediatricians. Jornal de Pediatria - Vol. 87, Nº 5, 2011.
12. Silva EP, Lemos A , Andrade CHS, Ludermir AB. Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: a meta-analysis. JPED 648 1---12.
13. Santana MLS; Fukuda CC; Carvalho ENS. A Relação entre Sintomas Depressivos e Habilidades Sociais em Adolescentes. Id on Line Rev. Psic. V.11, N. 36. Julho/2017 - ISSN 1981-1179.
14. Lima D. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2(supl), 2004.
15. Gabriela HA, Alynne MS; Carvalho MAP, Gomes ALC, Costa LFP, Filha MOF. Estratégias de cuidado desenvolvidas no CAPS infantil: concepções de familiares e profissionais.

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 7, diciembre, 2015, pp. 28-38 Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.