



ESTUDO DOS TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DISRUPTIVO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA PELA PERSPECTIVA DA NEUROBIOLOGIA E AÇÕES MEDICAMENTOSAS

Marina Aparecida Luiz de Freitas¹; Sandra Cristina Catelan-Mainardes²

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo caracterizar os transtornos de comportamento disruptivo em crianças e adolescentes tendo como ênfase principal a neurobiologia destes transtornos, os sintomas apresentados, os critérios diagnósticos, os psicofármacos a serem utilizados, bem como seus efeitos a partir deste enfoque. Como metodologia, estabeleceu-se a revisão de literatura tanto em periódicos como em livros atualizados, utilizando como base as palavras transtornos de comportamento disruptivo – dentro do qual se encontram os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e o transtorno de conduta –; psicofármacos e crianças e adolescentes. Após a coleta dos dados, os resultados foram dispostos em forma de texto e tabelas, de acordo com a patologia, sintomatologia, psicofármacos e intervenção terapêutica. Os tratamentos utilizados para tais transtornos se dividem em psicoterapias e medicação, por isso, é necessário saber diagnosticá-lo o quanto antes e definir claramente a função do medicamento e suas ações no transtorno diagnosticado.

PALAVRAS-CHAVE: Crianças e adolescentes; psicofármacos; transtorno de comportamento disruptivo.

1 INTRODUÇÃO

O estudo dos transtornos psíquicos que acometem uma pessoa jovem é complicado pela interação da psicopatologia com o meio ambiente da criança e com os processos de desenvolvimento. O conhecimento da neurobiologia destes transtornos torna-se importante aliado para o diagnóstico psiquiátrico, bem como, os sintomas-alvos específicos e os pontos fortes e fracos do paciente, da família, da escola e da comunidade, pois todos entram na escolha de estratégias de intervenção. Deve ser considerada a importância deste conhecimento para o sucesso da intervenção farmacológica e segmento terapêutico.

As intervenções podem ser primárias, no contexto ambiental, segundo Catelan-Mainardes (2008) ou serem utilizadas junto com as medicações, conforme foi determinado pelos sintomas-alvo e pelos dados de eficácia para o diagnóstico específico.

No que diz respeito ao uso de medicações, quase todos os agentes e indicações psicofarmacológicas utilizadas em pediatria não possuem indicação para crianças e são “não-aprovadas” ou “não indicadas” para crianças. A não aprovação para um grupo etário ou para um transtorno não implica em uso impróprio ou ilegal, e é prudente informar a

¹ Acadêmica do Curso de Psicologia do Centro Universitário do Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. mafreitas76@yahoo.com.br

² Orientadora, Professora Mestre do curso de Psicologia do Centro Universitário do Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – Paraná. catelan@cesumar.br

família sobre tais questões de indicação, assim como as evidências presentes na literatura a respeito do uso seguro e eficaz.

Diante do exposto, o presente estudo pretende contemplar com uma revisão de literatura, a compreensão dos transtornos do comportamento disruptivo em crianças e adolescentes, expondo critérios de diagnóstico e sintomatologia. Ainda pretende permitir o entendimento sobre as ações medicamentosas, considerando as bases neurobiológicas da patologia, suas ações esperadas, efeitos colaterais e limites terapêuticos. Este processo deve promover a associação de diferentes modalidades de tratamento, o que resultará em auxílio às crianças e adolescentes a alcançar uma qualidade de vida superior à experimentada na doença.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foram utilizados para este trabalho livros e artigos mais especificamente datados entre 2008 e 2010, além do DSM-IV e CID-10 para estudo dos critérios de diagnóstico. Já os livros e artigos foram utilizados para compreensão da perspectiva neurobiológica, identificação e classificação dos medicamentos mais utilizados para tratamento e para a compreensão da ação medicamentosa.

Os dados reunidos foram dispostos em forma de tabela e, depois, estendidos em forma dissertativa para melhor identificação dos resultados pretendidos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dois transtornos de comportamento disruptivo mais importantes são o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – que envolve atividade excessiva – ; e o Transtorno de Conduta, que envolve agressão e delinquência. A distinção entre os dois tipos de transtornos é que o comportamento dos indivíduos com o TDAH está fora do controle dos mesmos, enquanto o comportamento das crianças e adolescentes com transtorno de conduta é controlado, porém, é inapropriado perante o aspecto social.

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é o transtorno psiquiátrico de diagnóstico mais frequente na infância e se caracteriza por déficits de atenção, da concentração, do nível de atividade e do controle de impulsos. É relativamente comum e estima-se que afete de 3 a 12% das crianças em idade escolar (Stubbe, 2008).

Silva (2010) aponta que o lobo frontal é uma região fundamental na modulação do comportamento humano, porque é nessa área que se cruzam sistemas neurais responsáveis pela razão e pela emoção. Há várias hipóteses de que essa área cerebral seja hipofuncionante em pessoas com TDAH. Três regiões do lobo frontal estariam comprometidas direta ou indiretamente com o processo de raciocínio, tomada de decisão e capacidade de processar sentimentos: a frontal ventromedial, a somatossensorial no hemisfério direito e a dorsolateral à esquerda. Quando danificadas, essas regiões alteram a capacidade de fazer escolhas, a cognição e a expressão de emoções.

Ainda segundo a mesma autora, a atividade neural incomum está associada à falta de atenção e/ou à impulsividade. Essas áreas fazem parte do sistema atencional anterior, que depende do neurotransmissor dopamina, ou do posterior, dependente de noradrenalina. Com o passar dos anos, os sintomas do transtorno mudam de apresentação. A agitação motora típica das crianças hiperativas em geral desaparece na adolescência; por outro lado, nesta fase, persistem os déficits de função executiva.

Desse modo, Fuentes (2008) sintetiza que se trata de um transtorno de origem poligênica, com participação de vários genes de pequeno efeito, com maior evidência para os genes dos receptores D4 e D5 de dopamina, do transportador de dopamina, da enzima dopamina-β-hidroxilase, do transportador de serotonina 5-HT1B.

Os fármacos mais usados no transtorno são os psicoestimulantes, que agem bloqueando a recaptção da dopamina e norepinefrina no neurônio pré-sináptico. Em vez de aumentarem a dopamina extracelular disponível, eles modulariam a dopamina entre o repouso e a chegada do próximo impulso, por um mecanismo de auto-regulação.

Em geral, os medicamentos estimulantes são considerados a primeira linha no tratamento dos sintomas básicos do transtorno. Aumentam a transmissão dopaminérgica e noradrenérgica, melhorando assim tanto o desempenho cognitivo como o comportamental. Efeitos colaterais comuns incluem perda de apetite, transtornos do sono e algumas mudanças no pulso e na pressão arterial. (Stubbe, 2008)

Mesmo não havendo dúvidas de que os estimulantes sejam efetivos para o tratamento do TDAH, estima-se que pelo menos 30% dos indivíduos afetados não respondam de maneira adequada ou não consigam tolerar o tratamento estimulante. Os compostos com atividades noradrenérgica e dopaminérgica, como os antidepressivos tricíclicos de aminas secundárias (IMAOs, bupropiona e atomoxetina) possuem algumas vantagens sobre os estimulantes, como ação de maior duração sem rebote dos sintomas ou insônia, maior flexibilidade na dosagem, risco mínimo de abuso ou dependência e o potencial de tratarem sintomas internalizantes co-mórbidos e tiques. (Gabbard, 2009)

Desse modo, vários antidepressivos têm sido utilizados como segunda linha para o TDAH, como a atomoxetina (Stratera®), que está aprovada pela FDA para essa indicação. Contudo, há a advertência, com tarja preta, de um aumento do risco de pensamentos e comportamentos suicidas pelo uso de antidepressivos em crianças e adolescentes também se aplica à atomoxetina. (Stubbe, 2008)

Em relação ao Transtorno de Conduta (TC), este se caracteriza por comportamentos repetitivos de contrariedade a normas estabelecidas, conduta agressiva e desafiadora. Engloba crianças e adolescentes cujos comportamentos refletem violações das regras sociais e ações inapropriadas contra outros.

Tal transtorno ocorre em aproximadamente 8% dos meninos de 10 e 11 anos em áreas urbanas e em aproximadamente 4% das crianças em áreas rurais. Os meninos são três vezes mais propensos a sofrer deles do que as meninas. As taxas tendem a ser mais altas em adolescentes (7% em jovens de 12 a 16 anos) do que em crianças (4% em crianças de 4 a 11 anos) (Stubbe, 2008).

Segundo o mesmo autor, considera-se o TC de início na infância uma forma mais séria do transtorno, cujo prognóstico em geral é pior. Algum tipo de transtorno psiquiátrico é diagnosticado em até 80% dos adultos que tiveram TC quando crianças. Em geral, esses adultos exibem taxas mais altas de criminalidade, de transtornos psiquiátricos e de abusos de substâncias, menos conquistas acadêmicas e ocupacionais, relacionamentos conjugais e sociais ruins e pior saúde física.

A etiologia desse transtorno é complexa e multifatorial. Pesquisas têm destacado vários fatores de risco que contribuem para o início. Tais fatores são características, acontecimentos ou processos que aumentam a probabilidade do início do transtorno, tais como o próprio temperamento da criança; déficits neuropsicológicos; disfunção serotoninérgica; desvantagem sócio-econômica; complicações pré e perinatais; psicopatologia e comportamento criminoso na família. Para homens, o fator de risco mais importante parece ser pais com problemas de saúde mental e, para mulheres, abuso sexual na infância e pais com comportamento anti-social ou abuso de álcool/ drogas.

Gabbard (2009) afirma que os agentes farmacológicos usados atualmente para tratar o TC devem ser empregados para diminuir os sintomas-alvo como parte de um processo de tratamento mais amplo. Os estimulantes, por exemplo, ajudam com os problemas de desatenção, distração e impulsividade. Já os antipsicóticos têm ação sobre os delírios ou, em doses menores, reduzem a agressividade. Quanto aos estabilizadores de humor, estes podem reduzir de forma significativa as flutuações súbitas ou extremas de humor. O lítio pode diminuir o comportamento explosivo e agressivo; e os anticonvulsivantes carbamazepina, ácido valpróico e topiramato podem respectivamente, reduzir a agressividade, aumentar o controle dos impulsos e estabilizar o humor.

A carbamazepina é frequentemente utilizada em crianças, e muitos estudos sugerem sua indicação para o tratamento do transtorno de conduta considerado grave. Possui comprovadamente efeitos antimaníaco, anticonvulsivante e antidepressivo, além disso, parece ter efeitos na atividade motora, diminuindo a agressividade e aumentando a capacidade de concentração. Entretanto, seus efeitos colaterais mais comuns podem ser: tontura, sonolência, náusea, vômito e visão turva. (Stucchi, 2009).

4 CONCLUSÃO

A indicação de psicofármacos para o tratamento de transtornos do comportamento disruptivo em crianças e adolescentes traz preocupações pelo fato dessas indicações serem recorrente como solução imediata e não como um recurso possível a partir da avaliação risco-benefício. Por outro lado, traz também positividade e benefícios, no sentido de haver possibilidade de novas drogas ajudarem a diminuir graves prejuízos que os transtornos mentais acarretam às crianças e aos adolescentes. Porém, qualquer proposta terapêutica é antecedida por um processo diagnóstico e, mais que no adulto, na criança esse processo diagnóstico é determinante para garantir uma boa orientação terapêutica. A escolha da medicação é influenciada por sintomas, isolados ou não, pelo diagnóstico principal, pela(s) comorbidade(s), pela idade, pelas condições clínicas do paciente e pelo uso concomitante de outros medicamentos. Em suma, um amplo e atualizado conhecimento em psicopatologia e psicofarmacologia e o emprego consciencioso de psicofármacos, associado a outras modalidades de tratamento, podem auxiliar crianças e adolescentes a alcançar uma qualidade de vida melhor.

REFERÊNCIAS

CATELAN-MAINARDES et al. **Benefícios da psicoterapia no tratamento do TDAH.** I Encontro Regional de Psicologia CESUMAR, 2008.

CID-10 – **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento.** Descrições clínicas e Diretrizes Diagnósticas. (1993). Editora Artes Médicas.

DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico.** 4ª. edição. (1995) Editora Artes Médicas.

FUENTES, D.; MALLOY-DINIZ, L.F.; CAMARGO, C. **Neuropsicologia: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

GABBARD, Glen O. **Tratamento dos Transtornos Psiquiátricos.** 4ªed. Porto alegre: Artmed, 2009.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas - TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade**. RJ:Fontanar, 2009.

STUBBE, Dorothy. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

STUCCHI, Hebe Karina de Oliveira. **Como tratar crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos e o papel da família no tratamento**. Jornal Cruzeiro do Sul, página 2 do caderno A; 28/04/09.

Anais Eletrônico

VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar
UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar
Editora CESUMAR
Maringá – Paraná – Brasil