



TRANSTORNOS DE HUMOR 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 humor em crianças e adolescentes tendo como ênfase principal a neurobiologia destes transtornos, os sintomas apresentados, 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 humor, 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; transtorno de humor, psicofármacos.

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.

Vale ressaltar que a maioria das prescrições de psicofármacos 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 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 do humor em crianças e adolescentes, expondo critérios de diagnóstico e sintomatologia. Ainda pretende permitir

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

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 Transtornos do Humor estão divididos em Transtornos Depressivos e Transtornos Bipolares. Os Transtornos Depressivos (a saber, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Distímico e Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação) são diferenciados dos Transtornos Bipolares pelo fato de haver um histórico de jamais ter tido um Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco. Os Transtornos Bipolares (a saber, Transtorno Bipolar I, Transtorno Bipolar II, Transtorno Ciclotímico e Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação) envolvem a presença (ou histórico) de Episódios Maníacos, Episódios Mistos ou Episódios Hipomaníacos, geralmente acompanhados pela presença (ou histórico) de Episódios Depressivos Maiores.

Os Transtornos Depressivos constituem um grupo de patologias com alta e crescente prevalência na população geral. As crianças, quando deprimidas, podem apresentar-se irritáveis ou com o humor instável. A perda de interesse nas atividades de lazer é evidente, não têm mais iniciativa para brincar e queixam-se de estarem entediadas e de não saber do quê brincar. A memória e a atenção são comprometidas e as crianças se distraem facilmente e tem dificuldade de memorização, o que é indispensável para o aprendizado. Os adolescentes relatam sentimentos depressivos ou aumento da irritabilidade e hostilidade. Nessa faixa etária as tentativas de suicídio podem acontecer geralmente juntas à sensação de que as coisas são ruins mesmo e nunca melhorarão.

Segundo Stubbe (2008) a prevalência do Transtorno Depressivo Maior(TDM) é de aproximadamente 2% em crianças pré-adolescentes e, em adolescentes, a prevalência é de cerca de 6%.

A etiologia da depressão não é completamente compreendida. Sabe-se que os fatores incluem: hereditariedade genética, falta de regulação dos sistemas serotoninérgicos e noradrenérgicos centrais, disfunção do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HHA) e influência de hormônios da puberdade. Fatores de personalidade, como um estilo cognitivo negativo, combinado com acontecimentos negativos da vida e adversidade ambiental, contribuem para o TDM (Stubbe, 2008).

Desse modo, a causa exata da depressão permanece desconhecida. Uma provável explicação seria o desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis. Exemplos de eventos estressantes é perda de pessoa

querida, perda de emprego, mudança de habitação contra vontade, doença grave, entre outros. O que torna as pessoas vulneráveis ainda é objeto de estudos.

Os medicamentos antidepressivos podem ser indicados para crianças e adolescentes com depressão psicótica ou bipolar, que não seja de ciclagem rápida, e que tenham: 1) sintomas graves inviabilizadores do envolvimento efetivo na psicoterapia, 2) sintomas que não respondam a uma psicoterapia adequada ou 3) depressão crônica ou recorrente (Gabbard, 2009).

O tratamento do TDM em crianças e adolescentes está passando por uma grande revisão sobre as práticas de prescrição de antidepressivos, em particular os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRSs) (Gabbard, 2009). O uso de ISRSs por adolescentes pode aumentar o risco de suicídio, mas restringi-lo pode trazer de volta os índices da década de 1980, quando as taxas de suicídio estavam subindo. Stubbe(2008), esclarece que o risco suicida levou a FDA a estabelecer a advertência com “tarja preta” em todos os antidepressivos, mas esta restrição, a “tarja preta”, não é mais usada para os antidepressivos. Até o momento há poucos psicofármacos aprovados para uso na referida faixa etária, sendo a fluoxetina aprovada pela FDA para utilização em crianças que apresentam um quadro de TDM.

Candiani (2011) afirma que, como, em princípio, todos os antidepressivos são igualmente efetivos, a escolha leva em conta a resposta e a tolerância em uso prévio, o perfil de efeitos colaterais, comorbidades psiquiátricas e problemas médicos, a presença de sintomas psicóticos e a idade. Na atualidade, além dos preferidos: ISRSs, há também alguns outros agentes, os chamados antidepressivos atípicos, como a nefazodona, a venlafaxina, a mirtazapina e a bupropiona. Tais drogas são usadas *off-label* como drogas de segunda ou terceira linhas para depressão(Gabbard, 2009).

Ressalta-se outra classe farmacológica de antidepressivos a dos antidepressivos tricíclicos (ADTs), que se caracterizam por terem inúmeras ações neuroquímicas e por provocarem muitas reações adversas (Candiani, 2011). Pertencem ao grupo dos ADTs: amitriptilina; imipramina; e Nortriptilina (Stubbe, 2008). Pode ser considerado o uso *off-label* de ADTs se a criança não responder a um ISRSs, se houver história familiar de resposta apenas a ADTs ou se a depressão for co-mórbida com transtorno de déficit de atenção e hiperatividades(TDAH) e os problemas de atenção não responderem ao ISRSs. Apesar da controvérsia atual, os ISRSs permanecem sendo os antidepressivos de primeira escolha para pacientes que necessitam de farmacoterapia. Os ISRSs incluem fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina (Gabbard, 2009).

Em relação ao Transtorno Bipolar (TB), Birmaher(2009) o caracteriza como uma doença genética de família. Da mesma forma que muitas doenças genéticas, este transtorno também é influenciado por fatores biológicos e psicológicos, bem como pelo ambiente, situação familiar, estresse, humores e estilo de vida de uma criança.

Segundo o DSM-IV-TR, o 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 idéias, e ansiedade ou tristeza. Juntos estes sintomas são comumente conhecidos como depressão maníaca.

Quanto à etiologia do TB, atualmente acredita-se que as moléculas ou substâncias produzidas ou liberadas no interior dos neurônios em resposta à estimulação de um neurotransmissor estão mais estreitamente relacionadas com as causas do transtorno bipolar. Para tanto, Birmaher (2009) considera que há três grupos de medicações atualmente utilizadas para tratar o transtorno bipolar: (1) estabilizadores de humor, (2) antidepressivos e (3) medicações adjuvantes ou adicionais. Os estabilizadores do humor são um grupo de medicações utilizadas para estabilizar as oscilações extremas de humor

entre a mania e a depressão e para prevenir a recorrência dessas variações. É o principal tratamento para esse transtorno e agem com eficácia em pelo menos uma das três fases do tratamento (mania aguda, depressão aguda ou profilaxia). Incluem-se nesse grupo o carbonato de lítio, anticonvulsivantes e a segunda geração de antipsicóticos. Stucchi (2009) cita que os estabilizadores do humor são usados habitualmente em psiquiatria da infância e adolescência, da mesma forma que são usados em adultos, sendo sua maior indicação para o transtorno bipolar. Por outro lado, sintomas como descontrole de impulsos e agressividade, presentes em uma variedade de outros quadros, podem também ser controlados com medicamentos como carbamazepina e ácido valpróico, classificados no grupo farmacológico de anticonvulsivantes.

4. CONCLUSÃO

A indicação de psicofármacos para o tratamento de transtornos de humor 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 psiquiátricos 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.

5. REFERÊNCIAS

BIRMAHER, Boris. **Crianças e adolescentes com transtorno bipolar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CANDIANI, Márcio. **Indicações clínicas dos antidepressivos**. Dez/2011 – marciocandiani.site.me.br . disponível em <http://marciocandiani.site.med.br/index.asp?PageName=Antidepressivos-e-suas-indicoes>

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.

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