

TRANSTORNO BIPOLAR E OS REFLEXOS NA EDUCAÇÃO BÁSICA

BIPOLAR DISORDER AND REFLECTIONS IN BASIC EDUCATION

Eliane Aparecida Toledo Pinto¹
Luciane Maria Garcia Zapata²

1. Graduada em Ciências Biológicas pela UNESP de Bauru e em Pedagogia pela UNINOVE de Bauru. Mestrado em Ciências Biológicas pela UNESP de Botucatu. Doutora em Química pela UNESP de Araraquara, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação para a Ciência na UNESP de Bauru. Professora Assistente, do Centro de Ciências Humanas, da Universidade Sagrado Coração – USC, Bauru. Professora Concursada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ibitinga/SP (FAIBI). E-mail: elianetol@hotmail.com.

2. Graduou-se em Pedagoga pela Faculdade Municipal de Filosofia, Ciências e Letras de Ibitinga/SP – FAIBI, possui especialização em psicopedagogia pela Universidade do Sagrado Coração de Bauru/SP - USC. E-mail: lucianezap@hotmail.com

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

RESUMO

O transtorno do humor bipolar é uma enfermidade psiquiátrica crônica, caracterizada pela alternância de episódios de euforia e de depressão, com intervalos de normalidade, muito influenciada pela genética e hereditariedade. Os objetivos primordiais deste trabalho são: conhecer o transtorno bipolar e seus sinais de manifestação em crianças e adolescentes; colaborar no reconhecimento precoce da doença e do tratamento adequado, bem como apontar os reflexos da doença no período escolar. A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica seguida de entrevistas com uma psicóloga e um psiquiatra. No ambiente escolar é fundamental a conscientização dos profissionais da educação, no sentido de observar comportamentos e aquisições intelectuais de crianças e adolescentes e assim, colaborar para precocidade do diagnóstico, pois, o transtorno bipolar é uma doença persistente que precisa de tratamento ao longo da vida.

Palavras-chave: Bipolaridade. Transtorno de Humor Bipolar. Temperamento.

Recebido em: 22/07/2011

Aceito em: 10/01/2012

ABSTRACT

The bipolar disorder is a chronic psychiatric disorder characterized by alternating episodes of euphoria and depression, with normal ranges, greatly influenced by genetics and heredity. The primary objectives of this work are: know the signs bipolar disorder and their manifestation in children and adolescents; assist in early disease recognition and appropriate treatment, and to identify the effects of the disease during school. The methodology used was the literature review followed by interviews with a psychologist and a psychiatrist. In the school environment is fundamental awareness of education professionals, in order to observe behavior and intellectual acquirements of children and adolescents and thus contribute to early diagnosis, therefore, bipolar disorder is a persistent disease that needs treatment lifelong.

Keywords: Bipolarity. Bipolar disorder. Temperament.

INTRODUÇÃO

O transtorno afetivo bipolar (TAB) ou transtorno do humor bipolar (THB) é bastante antigo e, até pouco tempo atrás (sec. XX), era designado como psicose maníaco-depressiva (PMD). O THB é uma enfermidade crônica, caracterizada pela alternância de humor, episódios de euforia, hiperatividade, excitabilidade e de depressão, intercalados com períodos de normalidade. Assim, o termo “bipolar” expressa os dois pólos de humor ou de estados afetivos que se alternam neste transtorno (MORENO, CORDÁS, MORENO, 1998).

Segundo a Associação Stabilitas (2010), apesar do transtorno bipolar nem sempre ser facilmente identificado, há evidências de que fatores genéticos e hereditários possam influenciar na doença.

Crianças e adolescentes também podem desenvolver o distúrbio bipolar, porém sua sintomatologia apresenta-se atípica, com manifestação de agressividade gratuita, seguida de períodos de depressão e comportamentos destrutivos. A ocorrência do transtorno nessa fase, afeta, seriamente, o desenvolvimento e o crescimento emocional dos pacientes, estando relacionado a dificuldades escolares, comportamento de alto risco e tentativas de suicídio.

Um dos maiores problemas para se enfrentar o THB é o fato de o paciente não aceitar a doença e recusar-se a buscar tratamentos, se aceitasse que tem um problema psicológico e se dispusesse a en-

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

tendê-lo e tratá-lo, alcançaria uma solução rápida e segura (TUNG, 2007, p.133).

Diante do exposto, os objetivos do presente trabalho são: conhecer o THB e seus sinais clínicos; colaborar no reconhecimento precoce da doença, apresentar os possíveis tratamentos, impedindo generalizações, preconceitos e diagnósticos equivocados, bem como, apontar os reflexos da doença no período escolar.

A metodologia utilizada foi à pesquisa bibliográfica seguida de entrevistas com uma psicóloga e um psiquiatra caracterizando uma pesquisa qualitativa. As principais características dos métodos qualitativos são: a imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva interpretativa de condução da pesquisa (KAPLAN, DUCHON, 1988).

TRANSTORNO BIPOLAR: A DOENÇA DA INSTABILIDADE

O transtorno bipolar se caracteriza pela alternância de humor, com intervalos de normalidade. Na euforia o humor do indivíduo fica exaltado, com aumento de energia, de forma desproporcional; o paciente se irrita facilmente e ocorre a diminuição da necessidade de sono. Já na fase depressiva, o indivíduo sente angústia, ansiedade, falta de energia, perda do prazer, tristeza intensa e prolongada; tudo se transforma em grandes problemas. Acontecem mudanças importantes no comportamento, saúde física e raciocínio, em geral abruptas (MORENO *et al*, 1998).

“O transtorno de humor começa quando algo no seu ajuste sai do prumo, como um instrumento que desafina [...]”. (LARA, 2004, p. 26). Quando falamos de humores, sabemos que se refere a estados emocionais prolongados, que podem durar algumas horas, dias ou semanas, influenciando a forma de pensar e agir de uma pessoa. Entretanto, não é só o humor que se altera; muitas outras funções cerebrais e extra cerebrais também são afetadas como sono, apetite, controle dos movimentos do corpo com predomínio de agitação ou lentidão, das funções de memória e concentração mental, da impulsividade, dos desejos e vontades, inclusive do prazer, tanto nas pequenas coisas da vida, como do prazer sexual. Desse modo, o THB seria mais compreendido como a doença das instabilidades, onde uma das instabilidades mais visíveis é a do humor (TUNG, 2007).

Considerando que a base do humor é o temperamento, Lara (2004) aborda que o temperamento de uma pessoa está diretamente

ligado às sensações e motivações básicas na esfera emocional, herdado geneticamente e biologicamente regulado, podendo ser percebido desde os primeiros anos de vida.

O termo mais adequado para englobar a diversidade e a intensidade de humor presentes nas pessoas bipolares, seria “pantimia” onde “pan” significa todos, ou seja, pessoas que manifestam os mais variados tipos de humor de modo desproporcional à situação. “O que define se o humor está sadio é o quanto ele está adequado à situação real” (LARA, 2004, p. 21).

TIPOS E EPIDEMIOLOGIA

Segundo Moreno *et al* (1998), existem três diferentes tipos de evolução do transtorno bipolar. Entre as primeiras manifestações, podem transcorrer vários anos levando a múltiplos episódios ao ano:

- **THB tipo I** – períodos alternados de depressão com um ou mais estados mistos ou mania.

- **THB tipo II** – alternância de episódios de depressão e hipomanias leves.

- **THB de Ciclagem Rápida ou Ciclotimia** – presença de ao menos quatro episódios ao ano, incluindo depressão, hipomania, mania ou estado misto.

Uma avaliação correta do temperamento e estilo de vida da pessoa ajuda a direcionar a identificação do tipo de transtorno de humor (LARA, 2004).

Os diversos tipos de doenças do humor, apesar de distintas definições, são difíceis de perceber na prática, pois, só os episódios depressivos são notados e incomodam pacientes e familiares, já as fases eufóricas leves não, uma vez que as pessoas se sentem bem.

Os transtornos afetivos constituem um problema que afeta muitas pessoas no mundo todo. No Brasil, a porcentagem de indivíduos depressivos, neste instante, aponta em torno de 5%, o que denota um índice bastante elevado. Referindo-se ao transtorno bipolar tipo II, sua frequência é duas vezes maior nas mulheres que nos homens; já no transtorno bipolar tipo I, essa diferença deixa de existir. Tal tendência do transtorno bipolar ocorre mais no gênero feminino, em decorrência das oscilações hormonais sexuais (TUNG, 2007).

Para Tung (2007), o mais preocupante em países ocidentais é de que os quadros depressivos têm ocorrido mais em pessoas jovens do que idosas, sendo que essa proporção vem aumentando a cada

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

dia em decorrência do aumento da urbanização, da valorização do individualismo e do aumento do uso de drogas ilícitas, bem como de drogas para emagrecimento.

“É estranho pensar que uma doença que causa tantos problemas e prejuízos ocorra de modo tão frequente e, ainda pior, cuja incidência esteja aumentando a cada geração”. (TUNG, 2007, p. 79).

FATORES GENÉTICOS E AMBIENTAIS NO THB

O transtorno de humor bipolar figura entre as doenças geneticamente complexas, cuja manifestação depende de um conjunto de genes que interagem entre si resultando em uma fisiopatologia até hoje pouco definida (MICHELON; VALLADA, 2005).

Inúmeros estudos populacionais apresentaram estimativas de risco da ocorrência de transtorno bipolar em parentes de portadores, evidenciando que quanto maior a proximidade de parentesco, maior o risco de desenvolver o transtorno bipolar. Para filhos de um progenitor afetado, o risco fica ao redor de 5%, chegando a 15% quando houver tios afetados. Entretanto, se ambos os progenitores forem bipolares, o risco poderá atingir 30% segundo Chang *et al apud* Michelon; Vallada (2005).

Ainda não se pode definir, seguramente, quais os genes associados ao transtorno bipolar, mas sabe-se que os mais relacionados são os que controlam a atividade de neurotransmissores, sendo os principais a serotonina, a dopamina e a noradrenalina, com estudos positivos mais consistentes para a serotonina.

Apesar de a questão genética ser muito importante, em alguns casos outros fatores biológicos podem desencadear o TB, como por exemplo, doenças dos sistemas neurológico, endocrinológico com alterações nos hormônios do estresse (cortisol) e da tireóide e doenças que afetam o sistema imunológico (TUNG, 2007).

Em seus estudos, Michelon e Vallada (2005) destacam que o fator mais significativo no desenvolvimento do TB, é a história familiar positiva, ou seja, os fatores genéticos, refletida na *interação gene - ambiente* necessária para expressão do comportamento.

Alguns pesquisadores da Nova Zelândia evidenciaram, em crianças, um tipo de gene, ligado à serotonina, um dos neurotransmissores mais importantes relacionados com o transtorno bipolar e a depressão, acompanhando-as até 26 anos de idade. Também verificaram quantas vezes cada criança passou por algum acidente ou

trauma, gerando estresse grave. A descoberta foi que as crianças que apresentavam uma variação do gene tinham maior risco de desenvolver depressão até a idade adulta analisada, desde que tivessem passado, pelo menos, por dois estresses graves nesse período, é provável que o mesmo ocorra para o transtorno bipolar. Conclui-se então que, não basta ter os genes; é preciso ter vivido situações traumáticas ou estressantes para desenvolver a doença (TUNG, 2007).

DIFICULDADE DE DIAGNÓSTICO

Atualmente, os critérios diagnósticos dos transtornos psiquiátricos estão baseados nos sintomas e sinais aparentes, obtidos numa avaliação clínica realizada por um profissional de saúde mental. No intuito de complementar a avaliação devem ser analisados: temperamento e estilo de vida; história familiar e hereditariedade; curso das manifestações do comportamento e fatores de risco ambientais como abuso e traumas na infância ou perdas recentes (LARA, 2004).

Os critérios e definições oficiais (DSM-IV e CID-10) devem ser respeitados para que não haja divergências na avaliação entre os profissionais. Contudo, a existência de sintomas leves ou breves de transtornos afetivos aponta a necessidade de um maior cuidado na avaliação psicológica e psiquiátrica, principalmente, nas orientações para o futuro, cabendo aos médicos atualizarem-se sobre os progressos científicos, visando aprimorar os tratamentos adequados.

Segundo Del Porto (2008), o THB em crianças e adolescentes está frequentemente associado a outros distúrbios como transtornos de ansiedade, transtornos do desenvolvimento, transtornos de hiperatividade e déficit de atenção, o que dificulta bastante distinguir os sintomas tidos como “bipolares” dos demais. Embora em alguns estudos, cerca de 90% das crianças com THB apresentaram ou comorbidade para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, percebe-se que o THB, na infância, possui características que se sobrepõem ao TDAH, tais como: evidente euforia, diminuição da necessidade de sono e hipersexualidade. O início dos sintomas depois dos sete anos no THB e mais precocemente no TDAH e períodos de normalidade entre as crises no THB, mas raramente no TDAH.

Entre os pré-adolescentes, é necessário diferenciar a mania de transtornos comportamentais como: ativação, dispersão e irritabilidade. Nos adolescentes até algum tempo atrás, a doença bipolar mais grave era diagnosticada como esquizofrenia. Crianças e adolescen-

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

tes com episódios de instabilidade de humor e descontrole comportamental que se beneficiam de estabilizadores do humor, não obrigatoriamente, significa que sejam portadores de transtorno bipolar. “[...] os psiquiatras da infância demonstram que o assunto é bastante controverso [...]”. (DEL PORTO, 2008, p.56).

Para Tung (2007), se a doença bipolar começar na fase da infância ou adolescência, sua influência na formação da personalidade será bem maior.

TIPOS DE TRATAMENTO

Nos últimos anos, o tratamento do THB tem avançado muito com a utilização de anticonvulsivantes e antipsicóticos atípicos. O tratamento medicamentoso tem a intenção de controlar sintomas agudos, restituir o comportamento e prevenir novos episódios, funcionando como gerenciador de uma doença complexa, que engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais, sendo de responsabilidade do médico psiquiatra prescrevê-los (MORENO *et al*, 2005).

Os remédios constituem uma parte importante para quem tem transtorno bipolar. Existem casos de pessoas que vivem sem medicação e que têm sua vida destruída pelas consequências graves das crises depressivas ou excessos nas crises maníacas, e outras que, com a medicação, permanecem estáveis para viver de modo produtivo e satisfatório (TUNG, 2007).

É preciso que o paciente e seus familiares passem por um processo de autoconhecimento e esclarecimentos sobre a doença e todos os tratamentos possíveis, bem como, vantagens e desvantagens ao longo de sua evolução.

Segundo a Associação Stabilitas (2010), os pacientes com THB apresentam enorme dificuldade para seguir uma rotina. Para bipolares, o sono é essencial, assim como a medicação correta, a criação de hábitos rotineiros, a psicoterapia e uma vida saudável colaboram para evitar repetidas crises.

Prescrever um estabilizador do humor não é uma tarefa fácil, pois, a eficácia do tratamento dependerá de uma escolha acertada e da interação médico-paciente.

Particularmente, no tratamento de crianças e adolescentes, o *Food and Drug Administration* (FDA) alertou sobre o risco de suicídio em bipolares associado ao uso de antidepressivos, uma vez que são bem comuns estados mistos nessa fase. A combinação de esta-

bilizador do humor mais antidepressivo em crianças e adolescentes exige cautela e monitoração contínua.

Em seus estudos mais recentes Knapp e Isolan (2005) relacionam cinco intervenções psicoterápicas no tratamento de pacientes THB:

Psicoeducação: o objetivo é a adesão à medicação. Além da identificação precoce de sintomas, da reatividade do humor, da coibição de drogas e do manejo de situações provocadoras pelo estresse e pela ansiedade.

Terapia Cognitivo-comportamental (TCC): é uma terapia breve e estruturada, individual, orientada para a solução de problemas, envolve a colaboração ativa entre o paciente e o terapeuta.

Terapia interpessoal e de ritmo social (TIP/RS): a observação de que muitos pacientes com transtorno bipolar apresentam menos oscilações de humor quando mantêm um ritmo regular nas suas atividades diárias levou ao desenvolvimento dessa psicoterapia, incluindo também a psicoeducação.

Terapia familiar: intervenções com familiares, psicoeducação para os familiares; desenvolvimento de habilidades de comunicação e de resolução de problemas.

Terapia psicodinâmica: abordagens que variam conforme maior ou menor integração do paciente no período entre as crises, seu grau de motivação e desejo de compreender-se melhor na relação consigo mesmo e com o transtorno bipolar. (KNAPP e ISOLAN, 2005, p. 100-102).

As abordagens psicoterápicas deveriam ser individualizadas e empregadas, precocemente, no tratamento do THB para melhorar a adesão medicamentosa e ajudar o paciente a identificar os rumos da doença (KNAPP, ISOLAN, 2005).

Para Tung (2007, p. 79).

[...] reconhecer e lidar com situações estressantes que possam desencadear uma crise, além de reconhecer os primeiros sinais e sintomas de recaída a fim de poder reconstruir a vida após anos de altos e baixos. Essa aprendizagem ocorre principalmente com a psicoterapia e a psicoeducação [...].

De acordo com Santin *et al.*, (2005) uma das medidas para promover maior adesão ao tratamento é identificar as atitudes que ocasionam sua interrupção e, sempre que possível discuti-las com o paciente, proporcionando conhecimento sobre a doença e encorajando-o a prosseguir o tratamento.

Segundo Souza (2005) qualquer tratamento psicoterápico, a prioridade é sempre o paciente, buscando minimizar os efeitos colaterais dos fármacos, maximizar a adesão e conservá-lo estável, sem recaídas e recorrências.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

TRANSTORNO BIPOLAR NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE

Embora o transtorno bipolar, geralmente, se desenvolva em adultos jovens e adolescentes mais velhos, pode acontecer em crianças a partir dos seis anos de idade. Alguns especialistas acreditam que seu diagnóstico é raro nessa fase, outros pensam o contrário. Além disso, os critérios estabelecidos no diagnóstico do THB em adultos não são condizentes com as crianças, sendo seus sintomas iniciais facilmente confundidos com emoções e comportamentos habituais infantis. Todavia, ao invés de alterações de humor normais, o transtorno bipolar prejudica seriamente a criança na escola, nas relações sociais e na vida familiar. Uma das diferenças notáveis em crianças são os ciclos muito rápidos, períodos depressivos e maníacos podem acontecer em um único dia.

O diagnóstico do THB em crianças e adolescentes jovens é mais difícil, porque vários sintomas são semelhantes aos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou transtornos de conduta.

De acordo com Tung (2007) em alguns casos a depressão é tão intensa que os pais acreditam que se trata de uma doença grave, porém quando o médico define como problema psicológico, eles acabam por achar que simplesmente pode ser “manha” ou necessidade de “chamar a atenção”, minimizando o problema e exigindo da criança uma postura ativa: que reaja e dê a volta por cima.

Diferenciar uma criança hiperativa ou depressiva de outra com transtorno bipolar é bem complexo, necessitando de uma avaliação clínica de um psiquiatra infantil, particularmente se houver histórico familiar da doença.

Segundo o *National Institute of Mental Health* (2008) ao contrário dos adultos, que tendem a apresentar episódios mais definidos, crianças e adolescentes bipolares, geralmente experimentam rápidas mudanças de humor entre depressão e manias, diversas vezes ao dia. Em busca de melhor compreensão do diagnóstico, do tratamento e prevenção da recorrência do transtorno bipolar na juventude, o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) vem realizando pesquisas sobre crianças e adolescentes bipolares. Neste estudo, cerca de 1% dos adolescentes de 14 a 18 anos, apresentaram sinais de bipolaridade e aproximadamente 6% dos adolescentes tiveram um período de humor anormal, extremamente elevado ou expansivo e muita ansiedade, porém sem enquadrar-se no transtorno bipolar, demonstrando especialmente distúrbios de comportamento.

TRANSTORNO BIPOLAR E O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Na maioria das vezes, a criança com alguma doença mental psiquiátrica é considerada pela escola como um aluno problema, sofre e faz sofrer os que estão ao seu redor, nem sempre é diagnosticada e sequer tratada. Como já se sabe, grande parte das doenças psiquiátricas tem tratamento, o que traria tanto à criança quanto aos que convivem com ela, uma significativa diminuição do sofrimento, uma perspectiva saudável em relação ao seu desenvolvimento social, psíquico-emocional e intelectual e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida, tendo em vista que esta é uma fase de extrema importância na formação da personalidade do futuro adulto (TIRADENTES *et al.*, 2009).

As manifestações mais comuns de hipótese de um problema emocional, de comportamento típico em uma criança, detectados no contexto escolar, podem ser: redução significativa no rendimento, no interesse e esforço escolar; abandono de atividades antes desejadas; distanciamento de amigos ou familiares; perturbação no sono; inquietação ou agressividade; reações emocionais mais turbulentas; rebeldia, birra e implicância; atitudes opositoras e preocupação ou ansiedade excessivas conforme Ballone *apud* Tiradentes *et al.* (2009).

Os sintomas acima mencionados, nas crianças e adolescentes, se fazem sentir no ambiente escolar através de comportamentos diferentes como: choros e reclamações inexplicáveis, intenções e esforços para fugir de casa ou da escola, comunicação deficiente, isolamento social, extrema sensibilidade à rejeição ou fracasso ocasionando faltas constantes às aulas e baixo desempenho escolar. Tais atitudes incomuns geram mudanças repentinas de humor e energia e interferem sensivelmente no relacionamento normal e saudável da criança com seus pares (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, 2008).

Neste sentido, acredita-se na importância vital do educador em reconhecer alguns sinais diferentes em seu aluno, podendo percebê-lo como alguém que está doente e necessita de tratamento, e não simplesmente, como um aluno problema. Muitas crianças com doenças mentais passam despercebidas pela escola; o professor nota alterações comportamentais, mas sem experiência para identificá-las. Essencial seria, incentivar a realização de cursos de capacitação em saúde mental infantil para todos educadores, mesmo para aqueles

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

que não atuam diretamente com a educação básica e inclusiva (TIRADENTES *et al.*, 2009).

A criança está em processo contínuo de desenvolvimento e evolução e, com o surgimento de transtornos mentais, constrói sua identidade de maneira deficitária. Extremamente importante é o apoio familiar e educacional, pois o tratamento psiquiátrico além de medicação, necessita associação de abordagens psicoterápicas e acompanhamento segundo Assumpção *apud* Tiradentes *et al.* (2009).

Treinar habilidades para desenvolver estratégias de enfrentamento, aprender a detectar sinais iniciais e conhecer a doença e seu curso, constituem os objetivos primordiais da psicoeducação no transtorno bipolar. A psicoeducação não substitui o tratamento medicamentoso, entretanto, ela pode otimizar, significativamente, os efeitos dos estabilizadores do humor e dos resultados do tratamento como um todo (FIGUEIREDO *et al.*, 2009).

Toda doença mental é vista com preconceito e medo. O aluno é um ser em formação, em busca de alicerce para participar da vida de modo eficaz, produtivo e completo, entretanto, quando sofre de problemas psíquicos é tratado de forma discriminada pela sociedade e “[...] principalmente dentro da escola, onde as teorias e práticas de saúde deveriam estar a serviço da emancipação, do bem-estar e da felicidade de todas as pessoas”. (TIRADENTES *et al.*, 2009, p.128). Esse compromisso com o mundo deve ser humanizado e representa uma questão ética (FREIRE e SHOR *apud* TIRADENTES *et al.*, 2009).

Para Lara (2004, p.136) a sociedade atual expõe crianças e adolescentes a um excesso de estímulos constantes, que se por um lado provocam mudanças, também podem trazer inconseqüências, instabilidades e ausência de limites. Sem noções de ética e bem-estar geral, esta carga de estímulos aliada às estruturas familiares enfraquecidas, promove o temperamento de busca de novidades e não cultiva a persistência, padrão típico de temperamento em THB.

Segundo Tung (2007), os conhecimentos sobre o THB continuam crescendo através de pesquisas e prática clínica no tratamento dos pacientes, cujo objetivo primordial é evitar e diminuir o sofrimento causado pela doença. Apesar de vários esforços na divulgação destes conhecimentos, ainda permanecem confusões e equívocos sobre a bipolaridade, entre pacientes, familiares e profissionais da área. O primeiro passo é conhecer o “inimigo”. Depois disso, reconhecer a doença, admitir que deve ser tratada e entender os vários caminhos de um tratamento global e eficaz que garanta uma vida melhor ao paciente e sua família.

Diante do exposto, vale ressaltar que é de suma importância o papel do professor contribuindo, efetivamente ao perceber mudanças significativas no comportamento de seu aluno, levando ao conhecimento dos superiores e, se necessário, solicitando encaminhamento a um profissional especializado. Quanto ao tratamento, ele poderá acompanhar o tratamento, mantendo sempre um diálogo, trocando informações, já que as crianças passam grande parte do tempo na escola.

Neste sentido, nota-se a necessidade da elaboração de programas de capacitação aos professores, acerca do desenvolvimento psicológico da criança e problemas emocionais comuns em cada faixa-etária, objetivando instrumentalizá-los para que possam lidar melhor com esta realidade.

VISÃO DO THB POR UMA PSICÓLOGA E UM PSIQUIATRA

No intuito de complementar este trabalho acadêmico, foram realizadas entrevistas com dois profissionais da saúde mental, nas áreas de psicologia e psiquiatria a cerca de suas vivências e experiências clínicas no diagnóstico, orientações e tratamento do transtorno do humor bipolar.

A discussão e a interpretação dos pareceres apresentados seguiram o referencial teórico utilizado no presente trabalho.

Os entrevistados escolhidos e gentilmente dispostos a colaborar com este trabalho foram uma Psicóloga e um Psiquiatra, das quais preservaremos as identidades. Entretanto, gostaríamos de salientar que ambos trabalham com pacientes com transtorno bipolar e autorizaram a publicação das entrevistas.

Quanto à concepção dos profissionais sobre o que vem a ser o transtorno bipolar, descrevem:

Na psicologia há várias abordagens, seguindo a visão biomédica o transtorno bipolar é apresentado através do DSM-IV e do CID-10 que classifica e descreve os sintomas que vão da depressão à euforia, mas também se considera a visão sistêmica que é baseada no contexto social do indivíduo e suas influências. (**PSICÓLOGA**).

O Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), também conhecido como Transtorno Bipolar do Humor (TBH), é uma doença relacionada ao humor ou afeto, classificada junto com a Depressão e Distímia. O TAB se caracteriza por alterações do humor, com episódios depressivos e maníacos ao longo da

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

vida. É uma doença crônica e grave, acometendo 1,5% das pessoas em todo o mundo. **(PSIQUIATRA)**.

Percebe-se que os pontos de vista apresentados se harmonizam e refletem as definições de Moreno; Cordáz (1998) e Lara (2004) quanto aos principais sintomas e características; entretanto, para a psicóloga, há também um enfoque vinculado ao contexto social, como confirmamos em Tung (2007).

No questionamento referente aos sintomas que são verificados na criança, quando apresenta transtorno bipolar e as relações existentes entre temperamento e bipolaridade, obtivemos o seguinte:

A criança ainda está em formação, sendo muito difícil identificar e diagnosticar o transtorno bipolar, já no adolescente fica mais fácil identificar comportamentos destoantes, pois já existe uma personalidade formada. Os sintomas são evidenciados seguindo o CID-10 e o DSM-IV, como mencionado anteriormente. **(PSICÓLOGA)**.

Conhecido antigamente pelo nome de psicose maníaco-depressiva, o transtorno bipolar nem sempre é fácil de ser identificado. Reconhecer o transtorno bipolar na infância é ainda mais complexo que nos adultos. Na maioria dos adultos, as manifestações clínicas são clássicas – o humor oscila de um extremo ao outro, da alegria incontrolável (euforia) e pensamento acelerado à depressão e apatia. No caso das crianças, não é comum ocorrer esta gangorra emocional. A doença se apresenta por meio de uma conjunção de sintomas menos específicos, como impulsividade, irritabilidade, dispersão, agitação, grandiosidade e acessos de raiva. Por causa dos sintomas pouco específicos, é frequente que a criança bipolar seja diagnosticada com outras condições, como o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e a depressão. **(PSIQUIATRA)**.

Observa-se que para o psiquiatra, o transtorno bipolar em crianças, frequentemente é confundido com TDAH e depressão, conforme apresentado pela *National Institute of Mental Health* (2008). Sob a ótica da psicóloga, relembramos Tung ao afirmar que diferenciar uma criança hiperativa de outra com transtorno bipolar é complexo e difícil (TUNG, 2007, p. 140).

Quando indagados sobre como se detectar nas crianças o transtorno bipolar e quem é o especialista mais indicado para realizar o diagnóstico, refletem:

A criança está em formação ocorrendo simultaneamente o desenvolvimento da mente e das relações sociais, assim, merece uma atenção especial ao ser diagnosticada. É preferível avaliar o transtorno bipolar em episódios, manifestações, espectro bipolar dentro do contexto social como resultado de múltiplas determinações. No adolescente, ou seja, no jovem fica mais fácil identificar o transtorno bipolar já que a identidade e a formação moral se en-

contram prontas. O adolescente na fase da turbulência vai apresentando frequência no comportamento, sem respostas ao tratamento. (PSICÓLOGA).

O diagnóstico é baseado nas informações dos pais, professores e/ou cuidadores sobre o comportamento e humor da criança, no histórico familiar (bipolaridade ou outros transtornos psiquiátricos) e na entrevista clínica com a criança. O reconhecimento de sintomas depressivos ou de euforia em crianças costuma ser difícil, principalmente porque estas podem ter dificuldade em reconhecer e nomear seus próprios sentimentos. O diagnóstico deve sempre ser realizado por médicos psiquiatras em conjunto com psicopedagogos e psicólogos, que ao acompanharem a criança, se preocupam em dar também orientações à família e à escola. (PSIQUIATRA).

Há de se considerar que a colaboração e participação da família e da escola no diagnóstico do TB em crianças e adolescentes são fundamentais, servindo de apoio e referencial aos profissionais da saúde. A visão acima apresentada vem reforçar o pensamento de Del Porto (2008).

Com relação às causas mais prováveis no desencadear desta patologia e a estimativa de ocorrência do transtorno bipolar nos últimos cinco anos, identificamos as seguintes repostas:

Na visão sistêmica, percebido como uma fase, um espectro, o transtorno bipolar pode ser desencadeado após perdas afetivas, quebra de vínculo – separação dos pais, *bullying*, violência doméstica, etc. A criança pode estar bipolar e não ser bipolar, pois cada um reage de maneira diferente frente às determinadas situações. O adoecimento psíquico ocorre nas relações sociais, dependendo do temperamento e personalidade de cada indivíduo, de sua capacidade de resiliência, de reelaboração e ressignificação para resolver uma situação conflitiva. Na visão biomédica, considerada a influência da genética: pais bipolares podem ter filhos bipolares. Dentro do diagnóstico, acredito que melhorou muito com relação à competência dos profissionais, ao conhecimento científico, às estratégias de avaliação, bem como aos resultados apresentados. Consequentemente com a evolução científica nessa área houve mais registro de casos, evidenciando o aumento da doença. (PSICÓLOGA).

As causas não estão definidas ainda, mas uma associação entre fatores genéticos e ambientais contribui para o surgimento deste transtorno. Há estimativa de 1,5% de pessoas afetadas em todo o mundo. (PSIQUIATRA).

Verifica-se que ambos concordam com a interação de fatores genéticos e ambientais. Entretanto, na fala da psicóloga, constata-se uma visão mais ampla, analisada considerando-se o comportamento global da criança, suas fases e experiências afetivas sob a influência do fator genético. Tal opinião assemelha-se ao que temos em Tung “[...] doença crônica, com componentes genéticos bem estabelecidos e com forte relação com componentes ambientais.” (TUNG, 2007, p. 97)

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

Ao mencionarmos o tratamento, se levantou as questões sobre quais os tipos mais utilizados em crianças com transtorno bipolar, a existência de alguma medicação específica no tratamento e efeitos adversos, sua duração e ocorrência de internações hospitalares infantis:

É realizada uma avaliação individual da criança, posteriormente ela é encaminhada para o trabalho em grupo (psicoterapia). A duração do tratamento depende do quadro clínico, podendo ser de três, seis ou mais meses. Com crianças é preciso muita cautela ao medicar, só o psiquiatra ou o neurologista podem receitar alguma medicação, como por exemplo, os estabilizadores de humor (tegreto e imipramina). No adulto é mais usado o lítio, adequando-se a dosagem para diminuir os riscos e as intoxicações. **(PSICÓLOGA)**.

O tratamento consiste no uso de medicamentos estabilizadores do humor, antidepressivos e antipsicóticos (nos quadros mais graves). Pode haver efeitos adversos que, por sua vez, devem ser monitorados pelo psiquiatra. O tratamento geralmente segue até a adolescência e durante a vida adulta, conforme a evolução do quadro. É incomum a internação de crianças com este quadro, exceto quando há sintomatologia muito grave e que coloque em risco sua integridade física. Além do tratamento medicamentoso, a criança necessita de um acompanhamento psicológico ou com outros profissionais (terapeuta ocupacional, psicopedagogo, quando necessários). A família também deve ser orientada por estes profissionais no sentido de aprender sobre a doença (reconhecimento de sintomas) e como lidar com os comportamentos da criança. **(PSIQUIATRA)**.

Sobre o tratamento, psicóloga e psiquiatra reafirmam que além de medicação específica, faz-se necessário o acompanhamento psicológico da criança, bem como a psicoeducação familiar, grande auxiliar no reconhecimento de principais sintomas da doença; quanto à prescrição de fármacos, reconhecem ser tarefa exclusiva do médico psiquiatra ou neurologista, tais afirmações corroboram com Tung (2007) e Lara (2004). Embora, para este último, exista restrição ao uso de imipramina em crianças e adolescentes, citado pela psicóloga “[...] Deve-se evitar a classe dos antidepressivos tricíclicos, como imipramina, amitriptilina e clomipramina.” (LARA, 2004, p.126).

Ao serem indagados sobre a atitude dos pais diante do filho com transtorno bipolar, se costumam compreender o comportamento alterado da criança, auxiliando-a no tratamento, ou ignoram a existência da doença, recusando-se a seguir o tratamento necessário:

A família deve ser a primeira a perceber o conflito na criança, identificar situações e oferecer apoio. Os pais não aceitam o “rótulo”, há necessidade de um trabalho de convencimento na aceitação da psicoterapia, além de todo um trabalho psicoterapêutico e de reorientação familiar. Em muitos casos o problema está nos pais e na convivência familiar os filhos acabam assimilando os transtornos e os problemas psíquicos. **(PSICÓLOGA)**.

Em geral, os pais aceitam ou compreendem a existência do problema e se mostram dispostos a contribuírem para o tratamento. **(PSIQUIATRA)**.

Neste aspecto, as opiniões aqui divergem: para o psiquiatra, geralmente, os pais não só aceitam como colaboram, prontamente, no tratamento; o mesmo não ocorre sob a ótica da psicóloga, que ressalta ser grande a necessidade de convencimento aos pais, através de psicoterapia familiar.

Direcionando este questionamento ao âmbito educacional, solicitamos a opinião desses profissionais acerca de como o professor consegue detectar sinais de transtorno bipolar e lidar com essas crianças e adolescentes, e conseqüente, se o THB prejudica o processo de ensino-aprendizagem:

Para o professor é muito difícil detectar o transtorno bipolar tanto na criança como no adolescente, já que não é especializado no assunto, entretanto, ele pode observar algumas alterações no humor como tristeza, hiperatividade, euforia entre outras. Neste caso, o professor comunica à coordenação escolar para ciência dos pais e encaminhamento ao tratamento adequado. Entendendo a situação, trabalhando em conjunto com a psicóloga, nos grupos de psicoterapia. **(PSICÓLOGA)**.

Observando a criança na sala de aula e na interação desta com seus colegas. O ambiente escolar é um local fora do convívio familiar, e acompanhar a evolução dos filhos nesse ambiente é importantíssimo: as alterações de comportamento observados na escola podem dizer muito sobre a saúde mental das crianças. Se as notas caem repentinamente, a criança não se concentra ou mesmo desaprende certas coisas, isso pode ser indicativo de alguma alteração psicológica. É importante salientar que o transtorno bipolar afeta, seriamente, o desenvolvimento e o crescimento emocional dos pacientes, sendo associado a dificuldades escolares, comportamento de alto risco (como promiscuidade sexual e abuso de substâncias), dificuldades nas relações interpessoais, tentativas de suicídio, problemas legais, múltiplas hospitalizações, etc. Para os pais e professores com interesse em conhecer mais profundamente este transtorno, sugiro a leitura dos seguintes livros: Guia para pais e médicos (Birmaher) e Transtorno Bipolar na Infância e Adolescência (Lee Fu-I). **(PSIQUIATRA)**.

A análise das respostas de ambos vem reforçar a contribuição deixada por Tiradentes *et al.* (2009), sobre os reflexos de doenças psiquiátricas na aprendizagem escolar.

Com relação às manifestações mais comuns apresentadas pelas crianças bipolares em sala de aula e, sobre a existência de algum comportamento que as difere dos demais colegas, temos as seguintes inferências:

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

Na criança é mais difícil fechar diagnóstico. O CAPS trabalha com hipóteses de diagnóstico. O professor consegue identificar na criança comorbidades: criança muito agitada, hiperativa, quer ser super poderosa, desafiar, ou até mesmo sem educação; encaminhando a criança ao pediatra, este solicita apoio psicológico com diagnóstico de problemas de aprendizagem. **(PSICÓLOGA)**.

Ao invés da euforia seguida da depressão dos adultos, nas crianças surge a agressividade gratuita seguida de períodos de depressão. Nelas, o curso do transtorno é também mais crônico do que episódico e sintomas mistos com depressão seguida de “tempestades afetivas” são comuns. Além disso, a mudança de humor é rápida e pode acontecer várias vezes dentro de um mesmo dia. **(PSIQUIATRA)**.

O mesmo parecer encontra-se em Del Porto (2008) sobre as comorbidades presentes nas crianças traduzidas em comportamentos diferentes e chamativos.

Num último enfoque, indagamos se o professor deve oferecer um tratamento diferenciado ao aluno com transtorno bipolar e como trabalhar esse aluno, em sala de aula, para minimizar o baixo rendimento escolar:

O professor deve ser afetivo, saber ouvir e entender cada criança, sem rotular e sem diferenciar o tratamento oferecido a todos. Não reforçar o comportamento da criança, aceitar as dificuldades e não ter medo ou receio de lidar com tais alunos, demonstrando paciência e elogiando suas conquistas. **(PSICÓLOGA)**.

O tratamento “diferenciado” ao aluno com TAB ou qualquer outra condição psiquiátrica pode levar a uma estigmatização do mesmo, levando a sérios prejuízos em sua auto-estima e sociabilidade. O aluno deve ser cuidado com atenção e zelo, levando-se em consideração suas limitações e potencialidades, mas não deve ser taxado de doente ou “especial”. **(PSIQUIATRA)**.

Sob este ponto de vista, as ideias da psicóloga e do psiquiatra convergem, reconhecendo o princípio de igualdade para todos, numa educação realmente inclusiva, o que vem harmonizar com Tiradentes *et al.* (2009) sobre a importância do professor saber lidar com a educação de alunos com algum tipo de distúrbio mental, para que, com atendimento especializado, consigam superar desafios e se destacar na vida escolar e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, tornou-se evidente a complexidade do tema escolhido e a perspectiva de um novo olhar sobre o transtorno bipolar.

A maioria dos pacientes possui um diagnóstico tardio ou equivocado, tratamento incompleto por falta de conhecimento e in experiência do clínico e apoio psicológico insuficiente.

Assim, priorizar estratégias de prevenção, a fim de evitar novos episódios e permitir ao paciente e seus familiares uma vida mais previsível é de essencial importância.

No âmbito educacional, passamos por momentos de reflexão e mudanças no que se refere à educação, principalmente, a inclusiva. Para os educadores, propensos a idealizarem um modelo de sala de aula homogênea, lidar com a diversidade sempre foi um grande desafio; porém nos tempos atuais, a mensagem é de incluir no ambiente escolar todos os indivíduos portadores de necessidades especiais, transtornos mentais e algumas deficiências.

Os profissionais em educação necessitam desenvolver novos conhecimentos, manter um pensamento crítico e reflexivo direcionado à prestação de uma boa assistência ao seu aluno, tornando-se também responsável pela observação de comportamentos e sintomas, tendo como meta: a reconstrução de sua autonomia e o desenvolvimento pleno da criança.

No espaço escolar é de suma importância a conscientização dos pedagogos e profissionais da educação, no sentido de observar, minuciosamente, comportamentos e aquisições intelectuais de crianças e adolescentes. Despertar todos os sentidos e sensibilidade para que o projeto pedagógico não se restrinja apenas à construção de conceitos, mas promova, a contento, o desenvolvimento integral da criança bipolar, e sua convivência harmoniosa no ambiente escolar, na família e na sociedade.

REFERÊNCIAS

DEL PORTO, J. A. **Transtorno bipolar**: diagnóstico e diretrizes para o tratamento (reflexões e comentários). Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 68 p.

FIGUEIREDO, A. L.; SOUA, L.; Dell'ÁGLIO Jr, J.C.; ARGIMON, I.I.L. O uso da Psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.

Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva, Campinas, v. 11, n. 1, p. 15-24, 2009. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>.

KAPLAN, B.; DUCHON, D. Combining qualitative and quantitative methods in information systems research: a case study. **MIS Quarterly**, [s.i.] v. 12, n. 4, p. 571-586, Dec. 1988.

KNAPP, P.; ISOLAN, L. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, p. 98-104, 2005.

LARA, D. **Temperamento forte e bipolaridade**: dominando altos e baixos do humor. 9. ed. Porto Alegre: Revolução de ideias, 2004. 148.

LIMA, M. S. *et al.* Epidemiologia do transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, p. 15-20, 2005.

MICHELON, L; VALLADA, H. Fatores genéticos e ambientais na manifestação do transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, p. 21-27, 2005.

MORENO, R. A.; CORDÁS, T. A.; MORENO, D. H. **Manual informativo sobre o transtorno bipolar do humor**. São Paulo: Lemos, 1998. 32 p.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, p. 39-48, 2005.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. **Transtorno bipolar na criança e adolescente**, 2008. Disponível <<http://www.re-almmentalhealth.com/bipolar/children>>.

SANTIN, J.; CERESÉR, K.; ROSA, A. Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, p. 105-109, 2005.

SOUZA, F. G. de M. Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 32, p. 63-70, 2005.

STABILITAS. Associação dos Usuários de Estabilizadores do Humor Familiares e Amigos. **Transtorno de Humor Bipolar**: manual de orientação para pacientes e familiares. São Paulo. Disponível em: <<http://www.stabilitas.kit.net>>.

TIRADENTES, C. P. et al. O conhecimento do Educador com relação à saúde mental infantil no âmbito educacional. **Revista de educação, linguagem e literatura da UEG-Inhumas**, Goiás, v.1, n. 1, p.122-131, 2009.

TUNG, T. C. **Enigma bipolar**: consequências, diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. 2. ed. São Paulo: MG Editores, 2007. 155 p.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. *Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica*. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, p. 173-192, 2011.