

**Universidade Brasil
Curso de Pedagogia
Campus Descalvado**

ANA CAROLINA MARCONDES

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA

BIPOLAR DISORDER IN CHILDREN

Descalvado, SP

2017

Ana Carolina Marcondes

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA

Orientadora: Prof.^a M.^a Márcia Maria de Oliveira Tessarim

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Graduação em Pedagogia da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Graduação em Pedagogia.

Descalvado, SP

2017

Autorizo, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial deste TCC, por processos xerográficos ou eletrônicos.

M268t Marcondes, Ana Carolina
Transtorno bipolar na infância / Ana Carolina Marcondes. – Descalvado: [s.n.], 2017.
48f. : il. ; 29,5cm.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentada ao Curso de Graduação em Pedagogia da Universidade Brasil, como complementação dos créditos necessários para obtenção do título de Graduação em Pedagogia.

Orientadora: Prof^a M^a Márcia Maria de Oliveira Tessarim

1. Aprendizagem. 2. Crianças. 3. Escola. 4. Família.
5. Intervenção. 6. Professor, 7. Transtorno bipolar. I. Título.

CDD 370.153

Assinatura do aluno:

Data: ____/____/____

Universidade Brasil
Curso de Pedagogia
Campus Descalvado

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Transtorno Bipolar na Infância

Autora: Ana Carolina Marcondes

Orientadora: Márcia Maria de Oliveira Tessarin

Esta monografia atendeu aos critérios de avaliação estabelecidos, sendo considerada suficiente para obtenção do diploma do curso de Pedagogia pela Universidade Brasil.

Banca Examinadora:

Prof.^a M.^a Marcia Maria de Oliveira Tessarin

Prof. Dr. Marco Antonia Pratta

Prof.^a Esp. Fernanda Garcia Scrocchio Lourenção

Descalvado, SP

Data: ___ / ___ / ___

Dedico este trabalho aos professores em especial a orientadora Márcia Maria de Oliveira Tessarin e a professora Fernanda Garcia Scrocchio Lourenção

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à minha família pelo apoio em todos os momentos dessa jornada. Tenho muito ao que agradecer à Andréia, à Gabriela e à Rafaela, pois, sem seus incentivos e apoio durante esses quatro anos, com toda certeza não teria concluído o curso.

Aos professores agradeço a disponibilidade e dedicação sempre que precisei.

Aos amigos de curso, não tenho palavras para agradecer as inúmeras vezes que pude contar com a colaboração de todos.

Aos amigos agradeço a paciência aos finais de semana com em que precisei me dedicar a este trabalho.

A minha amiga Nathalia, obrigada por esclarecer tantas nomeclaturas clínicas e a Maria Izabel, pela ajuda nos momentos que precisei. Estou em volta de pessoas queridas, que sempre me apoiaram, e essa é a maior alegria neste momento que encerro este ciclo tão importante na minha vida. Obrigada a todos.

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.”

Nelson Mandela

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA

RESUMO

O presente trabalho visa analisar o Transtorno bipolar em crianças nos anos iniciais do ensino fundamental e o papel do professor no trabalho das dificuldades de aprendizagem de seus alunos na sala de aula acarretadas pela doença, buscando também compreender as características desse distúrbio. O transtorno de humor bipolar até pouco tempo era considerado uma doença de adultos, sendo muito raro o diagnóstico em crianças e adolescentes, pois os especialistas não achavam que não poderia ocorrer na infância. Para a escola, é importante ter o conhecimento de como agir, quando um professor se depara com alunos que apresentam problemas decorrentes dessa disfunção, para assim auxiliar tanto o docente como o discente. O estudo tem como objetivo buscar a compreensão sobre o desenvolvimento integral da criança bipolar e sua convivência harmoniosa no ambiente escolar bem como a conscientização dos pedagogos e profissionais da educação sobre o conceito e características do transtorno bipolar, possibilitando diagnosticar as dificuldades de aprendizado nos alunos com esse distúrbio e assim desenvolver ferramentas e metodologias direcionadas as crianças com o transtorno. O estudo fará uso de uma metodologia direcionada a pesquisa do tipo bibliográfica descritiva, com análise qualitativa, realizada a partir de referenciais teóricos publicados sob a forma de artigos, livros, dissertações e teses. Nesse sentido, busca-se conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas do passado sobre o determinado assunto, tema ou problema.

Palavras-chaves: aprendizagem; crianças; escola; família; intervenção; professor; transtorno bipolar.

BIPOLAR DISORDER IN CHILDHOOD

ABSTRACT

The present study aims to analyze bipolar disorder in children in the initial years of elementary education and the role of the teacher in the work of the learning difficulties of their students in the classroom caused by the disease, also seeking to understand the characteristics of this disorder. Until recently, bipolar disorder was considered to be an adult disease, and the diagnosis in children and adolescents was very rare, as experts did not think it could occur in childhood. For the school, it is important to have the knowledge of how to act, when a teacher is faced with students who present problems resulting from this dysfunction, in order to help both the teacher and the student. The aim of this study is to understand the integral development of bipolar children and their harmonious coexistence in the school environment, as well as to educate educators and professionals about the concept and characteristics of bipolar disorder, making it possible to diagnose learning difficulties in students with this disorder and thus develop tools and methodologies aimed at children with the disorder. The study will use a research methodology of descriptive bibliographic type, with qualitative analysis, based on theoretical references published in the form of articles, books, dissertations and theses. In this sense, we seek to know and analyze the cultural and scientific contributions of the past on the particular subject, theme or problem.

Key words: bipolar disorder; children; family; intervention; learning; school; teacher.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1	13
TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E CLÍNICOS.....	13
1.1 Fatores históricos do transtorno bipolar na infância.....	14
1.2 Epidemiologias: estudos do transtorno bipolar precoce.....	18
1.3 Aspectos Clínicos (conceito) e as fases do transtorno bipolar.	19
1.4 Processos do diagnóstico clínico no transtorno bipolar.	21
CAPÍTULO 2	23
AS CARACTERÍSTICAS E DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO BIPOLAR	23
2.1 Transtornos de humor bipolar e suas comorbidades na infância.....	25
2.1.1 Comorbidades entre transtornos: humor bipolar e déficit de atenção e hiperatividade.	26
2.1.2 Transtorno bipolar com transtorno de ansiedade.....	27
2.2 As dificuldades de aprendizagens e os prejuízos do indivíduo no ambiente escolar.	28
CAPÍTULO 3	32
TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA, EM BUSCA DE CAMINHOS: ESCOLA, FAMÍLIA E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	32
3.1 Como facilitar a aprendizagem do aluno com transtorno bipolar	33
3.2 A importância da família no desenvolvimento da criança com TB	37
3.3 Tratamento do Transtorno Bipolar na infância: Equipe Multidisciplinar	39
3.3.1 Equipe Multidisciplinar : diagnóstico e tratamento do Transtorno Bipolar	40
3.4 Intervenção da psicoeducação e da arte terapia no tratamento do transtorno bipolar	41
CONCLUSÃO.....	44
REFERÊNCIAS	46

INTRODUÇÃO

O estudo em questão tem como finalidade analisar o Transtorno Bipolar na infância, abordando suas dificuldades de aprendizagem em crianças nos anos iniciais do ensino fundamental e como o professor vai trabalhar, buscando compreender as características da doença. O Transtorno Bipolar até pouco tempo foi considerada uma doença de adultos, era muito raro o diagnóstico em crianças e adolescentes, os especialistas não achavam que o transtorno poderia correr na infância. E estudos recentes começaram a apontar que o transtorno pode aparecer ainda na infância, e de forma mais frequente do que se imaginava e na maioria dos casos passam despercebidos pela falta de conhecimento tanto da família como da instituição escolar (SORDI, 2015).

O transtorno de humor bipolar prejudica a criança não só na escola, mas também na vida social e familiar “Na literatura especializada, há uma diversidade de termos para designar as alterações que podem acontecer na aprendizagem: dificuldades, problemas, distúrbios, os quais, muitas vezes acometem as crianças em idade escolar” (BARROS, 2015, [n.p.]).

Considerando-se que o transtorno bipolar infantil torna-se cada vez mais presente em nosso meio, que há pouca literatura em língua portuguesa disponível aos profissionais das áreas de educação e saúde, que há /' necessidade de informação e esclarecimento dos professores e equipe pedagógica das escolas sobre o transtorno, bem como as possíveis dificuldades de aprendizagem decorrentes (BRUM; ZENI; TRAMONTINA, 2011, p. 198).

O professor não tem o conhecimento para o diagnóstico, mas ele pode ser preparado para perceber os sintomas do transtorno bipolar e alertar a equipe gestora da instituição escolar.

O interesse pelo tema partiu da necessidade de informações sobre o transtorno bipolar na infância e quais métodos devem ser usados para que a criança desenvolva a aprendizagem sem acarretar essas dificuldades até a vida adulta. A criança bipolar tem muitas dificuldades na aprendizagem, no ambiente escolar; essa limitação é vista como falta de interesse ou até mesmo indisciplina por parte do aluno, isso ocorre por falta de informação do docente e profissional envolvido no ambiente escolar, também pela falta de capacitação dos mesmos na área educacional, sobre o assunto novo e complexo pelas características que podem tanto ser da doença ou também pelo mau comportamento da criança.

A metodologia utilizada será do tipo bibliográfica descritiva, com análise qualitativa, sendo realizada a partir de referenciais teóricos publicados sob a forma de artigos, livros, dissertações e teses. Nesse sentido, busca-se conhecer e analisar as contribuições culturais e

científicas do passado sobre determinado assunto, tema ou problema, descrevendo, observando, analisando e registrando fatos sem modificá-los. “A pesquisa descritiva desenvolve-se, principalmente, nas ciências humanas e sociais, abordando aqueles dados e problemas que merecem ser estudados, mas cujo registro não consta de documentos” (CERVO et al., 2006).

O trabalho em questão fundamenta-se na literatura dos autores Miguel Angelo Boarati, psiquiatra infantil que aborda o tema Transtorno Bipolar na Infância e Adolescência, com a colaboradora também psiquiatra Lee Fu-L, e segundo o autor transtorno bipolar compromete a vida do indivíduo em seu funcionamento global;

O transtorno Bipolar (TB) é uma psicopatologia caracterizada por graves alterações de humor e que cursa fases de mania (período de humor eufórico, grandiosidade, aumento de energia, alegria extrema, etc) alternado com episódios de depressão. O TB é um quadro que impacta o indivíduo e seu círculo social, comprometendo seu funcionamento global, relacionamento familiar e social, além de provocar prejuízos ocupacionais (BOARATI, 2010, [n.p.]).

Após a fase de levantamento bibliográfico, serão analisados os materiais que definem transtorno de humor bipolar e que trazem o histórico e as dificuldades de aprendizagem em alunos diagnosticados com o transtorno bipolar nos anos do Ensino Fundamental, bem como, a importância das instituições escola e família no desenvolvimento do indivíduo e quais caminhos de tratamento mais adequados para as crianças que apresentam o transtorno, com o propósito de ter a compreensão através de reflexões sobre o tema abordado, comparando, analisando cada um dos conteúdos em que se tenha clareza no assunto Transtorno Bipolar na infância.

A pesquisa organiza-se em três capítulos, sendo o primeiro destinado a abordar o conceito do Transtorno Bipolar, a definição estrita, para maior compreensão do assunto, de transtorno e seu histórico. O segundo capítulo trás as características e dificuldades de aprendizagem em crianças nos anos iniciais do ensino fundamental decorrentes do transtorno bipolar; e o terceiro versa sobre a contribuição da escola e da família para resultados positivos no desenvolvimento do aluno, juntamente com práticas a serem realizadas em sala de aula para que o professor tenha um direcionamento ao trabalhar com esse aluno, seguindo da importância de uma equipe multidisciplinar no tratamento do Transtorno Bipolar.

O que se pretendeu com esse estudo é mostrar os aspectos históricos e clínicos para maior compreensão do tema e como o transtorno bipolar dificulta a aprendizagem da criança no ambiente escolar, para que se possa compreender a melhor prática de ensino escolar, visando o bem estar educacional desse indivíduo, possibilitando assim que, no decorrer dos anos escolares, esses estudantes tenham um acompanhamento adequado. Para a escola, é importante ter o

conhecimento de como agir, quando um professor se depara com alunos com problemas decorrentes do transtorno para assim auxiliar tanto o docente como o discente, juntamente com o apoio da família e da equipe médica responsável pelo tratamento.

CAPÍTULO 1

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA: ALGUNS ASPECTOS HISTÓRICOS E CLÍNICOS

O transtorno bipolar (TB) é uma das doenças mais enigmáticas da atualidade. Seus sintomas confundem-se com os de outros distúrbios psíquicos, o que dificulta o diagnóstico, seus principais sintomas caracterizam principalmente por períodos entre euforia ou mania e depressão ou melancolia. Quando finalmente se detecta o problema, é preciso lidar com outros obstáculos: o preconceito e a falta de informação, tanto da sociedade como da classe médica. (TUNG, 2007).

Para maior compreensão no assunto transtorno bipolar o capítulo trás os aspectos históricos, estudos epidemiológico, aspectos clínicos e as características de cada fase dado transtorno e como se dá o diagnóstico respectivamente.

Através de estudos observou-se que os adultos diagnosticados com TB apresentaram os primeiros sintomas ainda na infância. O aprofundamento dos estudos e o aperfeiçoamento dos métodos terapêuticos apontam para a necessidade de um diagnóstico precoce desse transtorno, assim como também apontam para potenciais benefícios com uma intervenção precoce.

O TB em criança não tem sido assunto de muitos estudos, devido ao fato de que em muitas décadas era algo quase inexistente para a idade. Mesmo com o pensamento de que o diagnóstico era algo raro e sofria preconceito no próprio ambiente médico, já que especialistas defendiam o desenvolvimento do transtorno somente na fase adulta. Apesar dessa linha de pensamento não poderiam descartar as evidências de crianças e adolescentes que apresentavam os quadros de euforia e depressão de forma excessiva, características essas do TB.

O tema ainda gera muito debate entre profissionais da área da saúde, já que seu diagnóstico é clínico e se faz através de informações coletadas no ambiente social e familiar da criança, assim que o especialista se baseia na avaliação clínica do paciente. As avaliações são feitas através de anamnese¹ objetiva e subjetiva (FULL, 2007, p.79).

Nas anamneses objetivas, os pais, os professores e outras pessoas que tenham conhecimento da criança, seriam os informantes para a coleta de informações sobre sintomas e sinais clínicos. Nas subjetivas o próprio paciente, seja criança ou adolescente, seria entrevistado para informar sobre o quadro clínico e a evolução da doença. (FULL, 2007).

¹ Anamnese consiste no histórico de todos os sintomas narrados pelo paciente sobre determinado caso clínico

A avaliação necessita do conhecimento e da experiência do profissional que avalia, tendo conhecimento do crescimento normal da criança, levando em consideração o espaço sociocultural do paciente. O sucesso na entrevista depende de como o informante tem habilidade em se comunicar sobre sintomas e de como o médico investiga as informações recebidas (FULL, 2007).

Mesmo com muitas evidências de que o transtorno bipolar se inicia na infância, o assunto ganhou importância nas últimas décadas, mas não é algo recente, estudos se baseiam em textos antigos para respaldar a possibilidade do transtorno na infância. O sintoma do transtorno pouco variou desde o tempo antigo e poucas são as doenças que tem características tão únicas ao longo da história.

1.1 Fatores históricos do transtorno bipolar na infância

Em crianças e adolescentes o TB foi pouco ou não foi estudado historicamente, a forma clássica de transtorno bipolar com episódios de alterações de humor não era reconhecida em crianças, porém historiadores da psiquiatria infantil observaram que na antiguidade já existiam relatos de sintomas de mania e melancolia em crianças.

Desde a antiga Grécia já se tinha os quadros de melancolia e euforia entre adultos e crianças, mas o diagnóstico se dava apenas aos homens adultos o que não acontecia entre mulheres e crianças e idosos (FUL; BOARATI; MAIA, 2012).

Os primeiros relatos de sintomas de TB em crianças foram encontrados por volta do século XVII, em textos que descreviam diferentes combinações e alternâncias entre estado de depressão e euforia, como diz no relato de um psiquiatra da época:

Na ocasião da avaliação ele era uma criança pouco ativo e tinha sido repreendido por diversas vezes na escola por pouco aproveitamento e lentidão de aprendizagem, tendo ficado profundamente triste, tentando se matar. Esses momentos de melancolia alternavam com períodos de mania, nos quais ele assobiava e cantarolava o dia inteiro e, ao anoitecer, não se limpava e rasgava suas roupas[...] (FUL; BOARATI; MAIA, 2012, p.27).

Theodor Ziehen (1862-1950)² foi um dos médicos que mais registrou informações sobre TB em crianças. Detalhista, suas publicações chamam atenção até hoje sobre pela precisão e riqueza de informações; que se encontra no livro sobre TB, *Doenças mentais da Infância*. Em

² Neurologista e psiquiatra alemão nascido em Frankfurt am Main . Era o filho do autor notável, Eduard Ziehen (1819-1884).

uma de suas publicações Ziehen relata que a criança em período de mania, ou seja, momento em ela passa por situação de dor tanto física ou psicológica que acarreta sentimento de fúria, se tornando totalmente agressiva com explosões violentas a mesma apresenta nesse momento uma face sorridentes acompanhadas de gargalhadas que podem durar horas.

O início dos sintomas de mania muitas vezes é súbito, e com rápida instalação do quadro completo e duração de semana e meses, afirmou Ziehen, ao descrever o transtorno apresentado por seus pacientes. Ziehen não aceitava de início diagnosticar crianças com THB alegando que algumas características eram comuns do desenvolvimento normal de uma criança, porém começou a perceber sintomas de uma mudança exagerada do comportamento de uma criança aonde chegava a comprometer interações sociais e acadêmicas da mesma. Assim, para diferenciar o THB das outras psicoses, Ziehen observava o período de eutimia ou “cura” como ele referia-se o período de intervalo entre um episódio de mania e o episódio de depressão subsequente (FUL; BOARATI; MAIA, 2012, apud PAULA; MIRANDA; BORDO N, 2010).

Adolf Meyer (1866-1950)³ destacou-se na primeira metade do século XX, com a afirmação da importância de fatores biológicos, a predisposição genética e o ambiente social, onde se cria uma vulnerabilidade que pode ser atingida por determinados fatores sociais e psicológicos. Influenciando assim a primeira versão do manual de diagnóstico da American Psychiatry association (DSM-I)⁴, em que poderiam ser encontradas características para diagnósticos Maníaco-depressivos. A discussão sobre os critérios que se deveria aplicar esse diagnóstico em crianças, caso elas apresentassem sintomas semelhantes à mania ou melancolia, teria os mesmos critérios quando da ocorrência em adultos, com a possibilidade de uma forma alternativa de TB, ou seja, descartando comportamentos típicos da infância.

Nos anos 60 Anthony e Scott⁵ tentaram estruturar critérios para diagnósticos de TB na infância, esses critérios além de seguir evidências clínicas com sintomas clássicos também levavam em conta o histórico familiar de TB e de periodicidade ou recorrências das crises, descartando sintomas psicóticos, histeria, infecção ou uso de medicamentos. Eles pesquisaram em uma amostra de 28 pacientes onde só encontraram cinco casos, esses resultados levaram a

³ Foi um psiquiatra suíço. Estudou psiquiatria e neuropatologia na Universidade de Zurique e emigrou para os Estados Unidos da América em 1892. Adolf Meyer atingiu a proeminência como o presidente da Associação Psiquiátrica Americana e foi uma das mais influentes figuras da psiquiatria na primeira metade do século XX.

⁴ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los

⁵ Anthony EJ, Scott P. Psicose maníaco-depressiva na infância. J Child Psychol Psiquiatria. 1960; 1: 53-72.

concluir a raridade de TB na infância, apesar de terem sido considerados excessivamente exigentes nos critérios de avaliação.

Com o aumento de interesse sobre o assunto, pesquisadores começaram a querer elaborar critérios para o diagnóstico específico de TB na infância. Os estudos em adultos não ajudavam muito, porém tem auxiliado na compreensão sobre predisposição e traços cognitivos de crianças e adolescentes com TB.

Nos anos 70 aderiram a utilização de lítio em crianças com déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)⁶, porém sem sucesso, alegando episódios semelhantes de TB, apresentando assim a lenta aceitação de TB em crianças, onde somente a partir de 1980 passou a descrever uma visão mais aprimorada para o TB com início na infância e adolescência. Com esse aumento de interesse sobre o assunto, pesquisadores começaram a querer elaborar critérios para o diagnóstico específico de TB na infância. Onde os estudos em adultos não ajudavam muito, porém tem auxiliado na compreensão sobre predisposição e traços cognitivos de crianças e adolescentes com TB.

Nos últimos 20 anos pesquisadores têm se empenhado para tentar suprir dúvidas e estabelecer critérios de diagnósticos próprios para cada faixa etária e a distinção entre sintomas sobrepostos ou morbidades. Uma das maiores dificuldades nos diagnósticos em crianças com TB é a relação que a doença tem com os casos de TDAH, alguns pesquisadores afirmam que são duas doenças distintas, mas frequentemente comórbidas. O caso de TDAH que evoluíram posteriormente para TB era casos que desde o início tinham alto índice de sintomas sobrepostos com outras patologias, ou seja, caso de TDAH graves (FUL; BOARATI; 2012).

A baixa prevalência de casos de TB em crianças, podem ser pelo fato de muitos profissionais não aceitam a hipótese do diagnóstico na hora de avaliar uma criança, já que para tratar e prevenir corretamente, é fundamental conhecer, avaliar, descrever, ter total conhecimento do transtorno bipolar na infância.

Pesquisa empenhada em definir as características do transtorno na infância vem enriquecendo a literatura científica, mesmo com a persistência e discordância em quais seriam os sintomas, nos últimos anos houve um aumento de crianças diagnosticadas com o TB. Informações estas divulgadas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH-EUA) que através de seus estudos constatou o aumento em atendimentos à crianças em hospitais e clínicas de inúmeros lugares do mundo, esse aumento se deu felizmente a evolução de pesquisas, fazendo com que aconteça a conscientização médica referente ao tema.

⁶ TDAH se caracteriza pela combinação de sintomas de desatenção, hiperatividade (inquietação motora) e impulsividade

A principal perda que ainda existe seria tentar encaixar características clínicas variadas em uma única categoria de diagnóstico aplicada originalmente em adultos, pois os pesquisadores e clínicos acabam perdendo o parâmetro para um correto diagnóstico. Com isso há uma discordância sobre se as crianças diagnosticadas com TB preenchem os critérios da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mental (DSM-IV) ou se esses critérios deveriam ser modificados para satisfazer a necessidade de um grupo ou faixa etária específica. Um consenso atual traz que o diagnóstico de TB em crianças provavelmente não possa ser definido com base somente nas características descritas em adultos (FUL, 2004).

Recentemente, ou seja, cerca de cinco atrás, pesquisadores como Birmaher, Leibenluft e Pavuluri⁷ vem adequando esse consenso de usar o DSM-IV para o diagnóstico de TB em crianças e adolescentes, porém com algumas considerações como irritabilidade como parte dos critérios de diagnóstico de TB se estiver a coexistência com humor eufórico ou de grandiosidade. Grandiosidade sem euforia (humor exagerado alegre ou insuportavelmente irritado) também é descartada. Ressaltando que não há por si só um sintoma que possa diagnosticar TB em crianças e adolescentes. O diagnóstico depende de uma avaliação do quadro clínico geral (FUL; BOARATI, 2010).

O TB é considerado uma doença crônica e recidivante⁸, cuja evolução ocorre em fases de depressão, mania ou mista. Com impacto do funcionamento global dos pacientes. Foi observada a alta taxa de tentativas de suicídios associadas a pacientes com diagnóstico de TB. Com isso a importância de identificar e tratar TB precocemente vem à tona, além da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e das pessoas ao redor dele. Os pais de crianças com TB vem procurando profissionais cada vez mais cedo solicitando auxílio para lidar com sintomas de extrema gravidade, como problemas na aprendizagem, no comportamento e no risco de suicídio. Embora o caso de TB com início precoce ter um prognóstico pior, ele possa diminuir os efeitos da doença e prevenir um possível suicídio.

O maior problema hoje encontrado no TB é de detectar o início da doença, em que são necessários estudos epidemiológicos, porém esse é o principal desafio, pois não existem muitos sobre o assunto com crianças e adolescentes, diminuindo assim a possibilidade de se detectar precocemente acaba sendo prejudicada (FUL, 2007).

⁷ Boris Birmaher, professor de psiquiatria na University of Pittsburgh, School of Medicine; possui qualificação médica em psiquiatria geral e psiquiatria infantil

Ellen Leibenluft, MD é investigadora Sênior e chefe da seção de desregulação do humor e neurociência.

Mani Pavuluri, é MD Phd na Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente, professora na Universidade de Chicago.

⁸ Recidivante, Característica da doença que recidiva, que acontece de forma recorrente ou repetitiva.

Segundo FUL (2007) a história natural da doença bipolar é conhecida pela humanidade há milênios, mas a atenção a crianças e adolescentes que apresentam esse tipo de transtorno ainda é recente. Por esse motivo se tem estudos epidemiológicos tanto clínico, que analisa o indivíduo através das características de determinado diagnóstico e o estudo na comunidade, em que se estudam os cidadãos de modo geral em uma comunidade.

1.2 Epidemiologias: estudos do transtorno bipolar precoce

O Transtorno Bipolar (TB) na infância é um assunto que vem recebendo destaque e despertando interesse de especialistas, já que de 10 a 20% dos adultos percebem os sintomas antes dos 10 anos de idade, por esse motivo está se avançando com pesquisas relacionadas com o assunto devido à dificuldade em diagnosticar o TB nessa faixa etária, assim muitos nem consideram o diagnóstico em crianças. Para constatar o TB na hora de avaliar uma criança, necessita do conhecimento clínico desses profissionais.

Com o desempenho de especialistas no campo de pesquisa surgiram muitas dúvidas do TB em crianças, já as pesquisas científicas dão inúmeras definições do transtorno nessa fase e com o aumento muito significativo da população diagnosticada, incremento esse que se deve a uma maior conscientização das equipes médicas referente ao TB.

O TB está presente em torno de 1,6% da população em geral, sendo uma doença crônica de difícil diagnóstico, pois alguns indivíduos apresentam sintomas leves ou que passam despercebidos e não entram na contagem epidemiológica. Sendo considerada uma doença crônica, atinge principalmente o final da adolescência e o início da vida adulta, e segundo estudos recentes podendo ter início ainda na infância, porém em quadros atípicos dificultando o diagnóstico; e em idosos é principalmente associado por fatores orgânicos. Não há diferenças entre homens e mulher na fase adulta em números de diagnósticos, porém na infância existe uma prevalência em meninos (SILVA; ARAUJO, 2012 apud ABREU, 2006)⁹.

Não se tem ainda um estudo epidemiológico referente à quantidade de crianças com esse diagnóstico, também não podemos afirmar que há diferenças entre etnias, ou seja, não se tem uma determinada população ou grupo, gênero ou grupo social que o transtorno predomina e sim o que se pode observar em estudos é a incidência de fatores ambientais que proporcionam maior ou menor incidência para o desenvolvimento de TB.

⁹ Cristiano Nabuco Abreu é psicólogo e atua em consultório particular há 27 anos. Tem Pós-doutorado pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Segundo alguns estudos realizados nos Estados Unidos surgiram na última década um grande aumento de diagnósticos infantil não revelando o número exato de casos, mas sim sua proporções que na década de 90 do último século, eram cerca 25 casos para cada 100 mil crianças, mostrando que os médicos não consideravam essa hipótese para crianças, após 10 dez anos nesse mesmo estudo foram verificados o aumento de cerca de 1003 casos para cada 100 mil crianças, evidencializando a melhora na compreensão dos profissionais de saúde e ajudando na qualidade de vida da criança (FUL, BOARATI, 2010).

Mesmo com a aceitação do transtorno pela área da psiquiatria, a doença diagnosticada na infância sofre muito preconceito, como acontecia com a depressão há vinte anos, não se era aceito o diagnóstico e as consequências eram negativas tanto na vida pessoal como social. Assim como a depressão o TB se não for tratado ou for feito um tratamento inapropriado, pode levar futuramente o portador a tentativa de suicídio usa de substancias ilícitas e o prejuízo tanto na aprendizagem como na interação social, assim, interferindo na personalidade do mesmo. (FULL, 2007).

1.3 Aspectos Clínicos (conceito) e as fases do transtorno bipolar.

O TB é um transtorno psiquiátrico de características intensas, com alterações que podem durar durante todo o desenvolvimento do indivíduo, devido ao fato de que os sintomas interferem no modo do indivíduo agir e pensar, atrapalhando assim seu convívio social e a qualidade de vida como um todo.

Franco (2012) afirma que não é possível descrever literalmente o transtorno de humor bipolar, pois não existe uma teoria propriamente dita de personalidade consistente, que assim permitiria o entendimento da doença e os seus quadros clínicos diferentes, associando os dados psicológicos com a fisiologia cerebral e as pré-disposições hereditárias e ambientais, assim chegaria a um diagnóstico mais preciso e precoce colaborando para um bom resultado no tratamento, levando o indivíduo a melhora na qualidade de vida e no seu convívio pessoal, social e profissional.

Estudos vêm demonstrando que a regulação de humor envolve vários sistemas funcionais no organismo:

Os avanços das técnicas de pesquisa em biologia molecular têm demonstrado que o TB está associado a alterações de substâncias intracelulares envolvidas na regulação de neurotransmissores, plasticidade sináptica, expressão gênica, sobrevivência e morte neuronal (SILVA, ARAUJO, 2012, apud KAPCZINSKI; FREY; ZANNATTO, 2004, p. 6).

Com esses estudos os autores afirmam que o transtorno de humor bipolar vem de uma série de disfunções endócrinas e neurológicas onde os reguladores de humor fazem seu papel eficaz e trazendo assim a afirmação de que o TB é uma doença crônica (SILVA, ARAUJO, 2012 apud KAPCZINSKI; FREY; ZANNATTO, 2004).

A alteração de humor em indivíduos vem caracterizada ou com a nomenclatura de mania, hipomaníaca, depressivo ou misto; onde cada uma dessas fases ou características vem com subdivisões ou diferenças dentro da mesma fase. (FUL, BOARATI, 2010)

A mania é uma fase com ou sem eventos psicóticos de euforia, irritação, arrogância, autoestima em nível elevado, fala rápida e desenfreada, insônia, hiperatividade, distração, agitação de modo geral (social, sexual, escolar e profissional), diminuição do bom senso (principalmente financeiro). Em crianças é possível na fase mania observar esses mesmo sintomas que no indivíduo adulto, porém sendo mais complicado o diagnostico pois pode ser considerado comportamento normais da própria idade.No episódio de mania clássica o humor fica eufórico, o individuo começa varias atividades ao mesmo tempo, tem pressão muito forte ao falar.

[...] é caracterizada geralmente por mudança de humor para elação (arrogância, altivez), euforia ou irritação. Há presença frequente de sintomas de grandiosidade ou autoestima exagerada, necessidade do sono reduzida, aumento da quantidade de fala (tagarelice), fuga de ideias, velocidade de pensamento aumentada, aumento da distraibilidade, agitação psicomotora e aumento de variedade de atividades (social, sexual, profissional ou escolar) e diminuição da crítica. (FUL, 2007, p.34).

A hipomania é outra nomenclatura caracterizada no TB, porém essa fase refere-se basicamente aos mesmos sintomas que a fase de mania, mas sem o prejuízo de chegar a atrapalhar a qualidade de vida tanto do adulto quanto nos casos de crianças no ambiente social, escolar e profissional (FUL, BOARATI, 2010).

A hipomania é um estado semelhante à mania, porém mais leve. Em geral, é breve, durando menos de uma semana. Há mudança no humor habitual do paciente para euforia ou irritabilidade, reconhecida por outros, além de hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, atividades prazerosas, libido e sexo, e impaciência. Prejuízo ao paciente não é tão intenso quanto o da mania (MORENO;MORENO;RATZKE,2005,p 41).

Para a confirmação da fase hipomaníaca o paciente necessita apresentar os sintomas no tempo mínimo de quatro dias segundo o DSM.

Na fase depressiva podemos observar sintomas de sonolência, melancolia, cansaço extremo, psicose, abuso de substancias, comportamento suicida, esses comportamentos ou sintomas são

observados em maior intensidade do que se observa em indivíduos em diagnosticados com depressão unipolar, o enfermo apresenta apenas o episódio depressivo.

Estima-se que cerca de 50 % dos casos diagnosticados depressão unipolar na verdade é o episódio depressivo do transtorno bipolar já que a doença se inicia através do quadro depressivo. Esse erro no diagnóstico leva o paciente a uma piora da doença, assim acontecendo o retardo do tratamento adequado.

A fase Mista é um período que tanto o episódio maníaco como o episódio depressivo ocorrem todos os dias no período mínimo de pelo menos uma semana. (SADOCK, 2007).

Mesmo que os estudos sobre o tema estejam avançando, não será um sintoma que irá diagnosticar o transtorno na criança, o diagnóstico se dará através da avaliação psicossocial do paciente, que contará com a participação da família e escola. Já que nesses ambientes que as características ficam visíveis e despertam a preocupação das pessoas próximas, fazendo com que os mesmos sejam coletores de informações, para auxiliar na observação dos sinais clínicos do paciente e a evolução da doença (FULL, 2007).

1.4 Processos do diagnóstico clínico no transtorno bipolar.

Sabe-se que o transtorno do humor bipolar é um transtorno psiquiátrico de características intensas, com alterações de humor que podem durar durante todo o desenvolvimento do indivíduo, no entanto, compreendê-lo não basta para um tratamento efetivo; é preciso conhecer o que dizem os referenciais de diagnóstico sobre essa disfunção. Segundo o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), afirma que o transtorno humor bipolar pode ser subdividido em transtorno de humor bipolar tipo I, transtorno de humor bipolar II, transtorno de humor ciclo tímico e transtorno de humor relacionado ou induzido por substância/medicamento, que se encaixa no tipo I. O transtorno de humor bipolar tipo I é representado pelos sintomas clássicos do maníaco-depressivo, tendo ou não episódios de psicoses. O TB tipo II requer episódios hipomaníacos pelo menos uma vez na vida e um ou mais episódios depressivos, sendo que no passado este era considerado um quadro menos grave em relação ao TB tipo I, porém pelo fato da dificuldade de diagnóstico ser mais camuflado, assim, acaba-se ocorrendo o prejuízo em longo prazo das capacidades social, escolar e profissional do indivíduo (SILVA; ARAUJO, 2012).

Já o transtorno ciclométrico apresenta pelo menos dois anos dos sintomas hipomaníacos e depressivo com frequência em adultos, já em criança acontece com o prazo de até um ano. Estudo demonstra-se que muitos indivíduos de faixa etária diferentes vivenciam

acontecimentos parecidos com o TB, mas não se encaixam nos tipos citados acima assim referindo-se a outra categoria, em que hipomania se manifesta em curto tempo, sendo classificado em uma categoria tipo III, que está levantando interesse em estudos mais aprofundados, pois se trata de um tipo que está sendo pesquisado, assim pode-se comprovar um terceiro tipo de transtorno bipolar (SILVA, ARAUJO, 2012).

O paciente independente da categoria que apresenta do transtorno será abalado com o diagnóstico, pois em estudos abordam-se a redução da autoestima, já que um indivíduo até então saudável passa a ser portador de uma doença crônica, o que pode levar o paciente a criar um obstáculo na hora do tratamento, pois ele se nega a aceitar a conclusão médica.

A avaliação do paciente deve ser anamnese, ou seja, através de relatos de sintomas tanto no presente como no passado, em que também se leva em consideração tratamento já feito pelo paciente e medicação já utilizada, e os efeitos de cada um no indivíduo.

Para o diagnóstico precoce do TB é preciso cada vez mais aprofundamento em pesquisas para profissionais diagnosticar com precisão o transtorno ainda na infância, fase essa que a criança bipolar já sofre as consequências do transtorno, interferindo na sua vida pessoal e social. No ambiente escolar as características do transtorno ficam mais visíveis, prejudicando na aprendizagem e na interação social, além de muitos diagnósticos estarem acompanhados de demais transtorno, havendo a comorbidades entre eles.

Como se trata de uma doença crônica que necessita sempre de muito cuidado e atenção por parte dos envolvidos no ambiente que a criança vive tanto social quanto familiar. Na relação de interação da criança se tem a escola, em que o aluno desenvolve a aprendizagem e seu desenvolvimento cognitivo, além da relação com o outro, ambiente esse que o mesmo necessita de estabilidade emocional para que ocorra a aprendizagem (FULL, 2007).

Para que o aluno com TB esteja propício a interação e ao desenvolvimento acadêmico os envolvidos no ambiente escolar devem estar conscientes da adaptação com esse aluno, a seguir iremos dialogar sobre as características do desenvolvimento do transtorno infantil e as possíveis dificuldades que a criança terá na aprendizagem. Já que o TB é uma doença crônica e necessita de atenção e todo cuidado por parte dos familiares e profissionais que estejam ligados ao seu cotidiano, faz necessário que os mesmos conheçam as características e as dificuldades que a criança apresenta, principalmente na sua trajetória acadêmica.

CAPÍTULO 2

AS CARACTERÍSTICAS E DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO BIPOLAR

Mesmo que hoje o transtorno bipolar em crianças seja aceito, ainda se tem muitas dúvidas quanto as pesquisas realizadas, os aspectos clínicos e epidemiológicos. Após anos de estudo teve-se um avanço no assunto, mas mesmo com pesquisas comprovando o transtorno bipolar na infância os profissionais ainda não tem a clareza da doença precoce por esse motivo os mesmos protagonizam debates ardorosos em que o foco se baseia em aperfeiçoamento de instrumentos para um diagnóstico mais preciso, já que a comprovação da doença é feita através de análise do comportamento social, familiar e escolar da criança. de um modo geral, são recentes os estudos e diagnósticos quando se trata de doenças mentais, sendo, portanto, ainda repletos de obscuridades e desafios para os estudiosos da área.

Nesta mesma linha, encontra-se o diagnóstico do transtorno bipolar, de difícil constatação na fase adulta, sendo que na infância seu diagnóstico era considerado algo raro até bem pouco tempo atrás. Isso porque os próprios especialistas não acreditavam que o transtorno de humor bipolar poderia ocorrer nesta faixa etária.

Nos episódios maníacos que se alternam com a fase de depressão e euforia, podendo esta também ser denominada de mania, assim ocorre-se a oscilação dos dois pólos, segundo o DSM-IV, os dois termos, episódio e ciclo, expressam um mesmo sentido, que condiz com o estágio de humor do indivíduo, e o momento em que ocorre a mudança de um episódio para o outro, é chamado de ciclagem. Este pode ocorrer em um tempo muito curto ou alternância, sendo denominada de ciclagem rápida. É neste momento, segundo Ful e Boarati (2012), entre as mudanças de humor, que a irritabilidade se manifesta, porém em períodos curtos.

As crianças com transtorno bipolar com idade inferior a nove anos demonstram mais irritabilidade, choro e agitação psicomotora do que crianças com transtorno bipolar com maior idade, que, geralmente, se apresentam com os sintomas tradicionais de mania, como euforia e grandiosidade (MORAIS; ANDRADE; SILVA, 2007 *apud* STUBBE, 2008, [n.p.]).

Os transtornos psiquiátricos influenciam de modo profundo na vida do indivíduo, desde sua vida pessoal, profissional, social e até acadêmica, comprometendo, assim, seu desenvolvimento de compreensão e de linguagem no mundo social e seu grau de realidade.

A criança pode apresentar variados quadros do TB, dependendo de sua gravidade, como o quadro de hipomania, em que seu quadro é considerado moderado. Nessa fase, a criança apresenta a mudança eufórica para irritabilidade, mostrando hiperatividade, aumento da fala, diminuição do sono e da sociabilidade.

A criança ou o adolescente pode experimentar uma rápida alternância do humor com duração de horas ou dias, ou uma mescla de sintomas tanto maníacos como depressivos, caracterizados por tristeza, irritabilidade ou euforia. A apresentação sintomática mais frequente envolve agitação, insônia, desregulação do apetite, características psicóticas e ideação suicida (WAGNER, 2008, p. 30, *apud* SADOCK & SADOCK, 2007).

Na fase de mania, ou seja, período em que pode estar eufórica, a criança apresenta não só alteração de humor, mas também comprometimento da psicomotricidade e do nível da energia, fuga de ideias devido ao pensamento acelerado, vontade excessiva de atividades físicas e distração. A mania é uma fase, com ou sem eventos psicóticos de euforia, irritação, arrogância, autoestima em nível elevado, fala rápida e desenfreada, insônia, hiperatividade, distração e agitação de modo geral, nos âmbitos social, escolar e profissional, além e principalmente do financeiro, quando tem a diminuição do bom senso

Em crianças, é possível na fase maníaca, observar esses mesmos sintomas que no indivíduo adulto, porém sendo mais difícil e retardado o diagnóstico, por serem considerados comportamentos normais da própria idade.

Em crianças menores, o diagnóstico costuma do TB costuma ser bem mais difícil. A manifestação clínica pode apresentar-se apenas como piora de comportamentos inadequados (disruptivos) que antes já existiam. Por exemplo, frequentes mudanças de humor (labilidade), distúrbios do sono (por exemplo: insônia, pesadelo, fala dormindo, sonambulismo), dificuldade de concentração, aumento de atos impulsivos e consequente piora da interação social (FULL, 2007, p53).

Ainda nesta fase, a criança pode se autoagredir ou ser totalmente agressivo com o próximo, estágio esse que ela acredita ter super poderes e pode chegar a causar acidentes por fantasiar situações que para ela é real.

Outra característica é a hipersexualidade, que pode aflorar de acordo com a faixa etária e o seu desenvolvimento, como afirma Wagner (2008, p. 27 *apud* EBERT; LOOSEN; NURCOMBE, 2002), “A hipersexualidade, comum na mania, pode ser expressa na criança de acordo com a faixa etária do seu desenvolvimento e pode ser caracterizada por baixar as calças no recreio, uso de tele sexo, masturbação excessiva ou inadequada”.

Já na fase de depressão a criança apresenta cansaço e lentidão, se isola e em casos mais graves quer ficar deitado o tempo todo. Ela perde o prazer nas ações que antes lhe davam alegria, chegando ao extremo, como apresentar delírios e alucinações, esses sintomas aparecem durante as crises de hipomania. “Os mais relatados foram em crianças com alucinações visuais (exemplo: ver cabeças voando no ar), auditivas (exemplo: o diabo e o anjo estão falando comigo) e delírios de perseguição (exemplo: outros meninos estão correndo atrás de mim por inveja)” (FU-I; BOARATI, 2012, p27).

Diferente dos anteriores, o episódio misto, ou seja, período em que o indivíduo apresenta tanto o episódio depressivo quanto maníaco todos os dias, a alternâncias entre os dois polos podem ser observadas por no mínimo uma semana.

No episódio misto, a criança, tem a rápida mesclagem de sintomas, tanto o depressivo quanto o maníaco. Apesar de apresentar os mesmos sintomas das fases já citadas, não se considera episódio misto quando os efeitos são decorrentes do uso de antidepressivos, conforme já abordado anteriormente. Nesse caso não se é diagnosticado TB, já que é um quadro induzido através de medicamentos. Sendo assim, basicamente tem-se dois tipos de pacientes: os pacientes do tipo I, sendo aqueles que já apresentaram um episódio de mania ou misto; e o paciente tipo II, que são aqueles que apresentam alternância entre o estado de depressão (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 1993).

A criança diagnosticada com o TB, além de ter que enfrentar com os sintomas decorrentes da doença, ainda pode desenvolver as características de outros transtornos, já que é quase uma regra um transtorno estar ligado a outro o que acaba confundindo os especialistas na hora de fechar a diagnose, sendo indicado muitas vezes um tratamento à base de medicamento, sem saber ao certo se está estimulando os sintomas de outro transtorno desconhecido até então; quando isso ocorre, tem-se a presença de dois ou mais transtornos simultâneos, sendo chamado pelos especialistas de comorbidades.

2.1 Transtornos de humor bipolar e suas comorbidades na infância

Conforme já abordado, a comorbidade consiste na presença de mais de um diagnóstico psiquiátrico, ao mesmo tempo, no indivíduo segundo o critério do DSM-VI, apresentados no momento atual ou algo longo da vida.

Aproximadamente 50% dos casos de transtornos afetivos tem comorbidade com algum tipo de transtorno ansioso, logo, associam-se ao THB como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), assim como o transtorno de ansiedade (TA).

São transtornos que geram forte impacto social, familiar e educacional para os indivíduos afetados. Além do mais, por apresentarem evolução crônica, compartilham sintomas e, frequentemente, manifestarem-se simultaneamente, o diagnóstico diferencial desses transtornos se torna difícil e imperativo ao mesmo tempo (FULL, 2007, p139).

Para o especialista, é um grande desafio lidar com a comorbidade, mesmo assim tem-se a certeza de que se não identificada poderá comprometer o diagnóstico do paciente, prejudicando o tratamento que seria correto para sua qualidade de vida.

2.1.1 Comorbidades entre transtornos: humor bipolar e déficit de atenção e hiperatividade.

É muito difícil compreender o assunto quando este traz as comorbidades em relação ao THB, porque há uma variação, a depender da faixa etária, do método psiquiátrico usado para o diagnóstico e de como aplicá-lo após a comprovação.

Estudos em crianças e adolescentes com controles psiquiátricos e controles normais verificaram que o TDAH era mais comum nos casos de transtorno bipolar iniciados na infância, se comparados aos casos iniciados na adolescência, sugerindo, nesse sentido, um sinal de um transtorno bipolar de início muito precoce (WAGNER, 2008, *apud* Faraone et. al., 1997). Ainda, o TDAH “caracteriza-se por sintomas de desatenção, dificuldades de concentração, inquietação e impulsividade, que ocorrem por pelo menos seis meses e que geram prejuízos significativos em pelo menos dois ambientes (casa e escola)” (BOARATI; FU-I (2010, p 36).

Na área da psiquiatria não há exames que de o diagnóstico do TDAH com precisão, especialistas irão se basear no histórico clínico, observação do paciente e de informações fornecidas pela família, escola e pela equipe multidisciplinar¹⁰. Na infância o diagnóstico do TDAH é mais difícil e a escola é indispensável no momento de avaliar os critérios de diagnóstico, como a inquietação e um conjunto de sintomas maior do que se é esperado pela idade.

Através de muitos estudos, comprova-se que o TDAH foi encontrado em amostras clínicas de pacientes com TB. Esses indivíduos apresentam sintomas psicóticos, problemas escolares entre outros. Desta forma, ao tratar essa comorbidade é necessário primeiramente o tratamento do THB, com a utilização de estabilizadores do humor, que se trata de medicamentos que equilibram os sintomas de oscilação dos polos; somente depois do humor estabilizado e da

¹⁰ Equipe formada por um médico juntamente com um psicopedagogo, psicólogo, terapeuta familiar e psiquiatra.

persistência dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade no cotidiano do paciente é que se deve iniciar o tratamento do TDAH (FU-I, 2007).

Se o TB for tratado como TDAH, o paciente irá apresentar uma melhora no início, mas não durará por muito tempo, chegando a estabilidade do transtorno, de alguns meses até no máximo um ano, e depois desse período o quadro piora, potencializando a irritabilidade. Quando acontece essa falha no diagnóstico o especialista da saúde deve recomendar o tratamento, apoiado em observações, coleta de informações de múltiplas fontes, deixando o paciente sem medicação alguma, para que a partir daí redefina seu diagnóstico, buscando o tratamento adequado.

Além do medicamento é fundamental a abordagem psicoeducacional¹¹ que envolve família e escola, contribuindo assim, para uma melhora no tratamento e fazendo com que a relação entre ambos seja harmoniosa, auxiliando o profissional da saúde (FULL, 2007 *apud* PAVULURI, 2004).

2.1.2 Transtorno bipolar com transtorno de ansiedade

Outro transtorno associado ao de humor é o transtorno de ansiedade (TA), um sentimento de medo, em que o indivíduo habitualmente sente um desconforto como se antecipasse o perigo de algo que ele próprio desconhece. Em crianças o TA pode causar efeito significativo nas suas funções diárias, interferindo no seu processo de aprendizagem e nas suas relações sociais e familiares, conseqüentemente encaminhando toda essa trajetória negativa para a vida adulta; estima-se que metade das crianças que apresentam transtornos ansiosos, sejam portadores de demais transtornos. Dessa forma, “quando o transtorno é presente na infância e na adolescência e não há tratamento adequado, há incremento na possibilidade do progressivo agravamento da condição mórbida ao longo da vida” (VIANNA, CAMPOS E FERNANDEZ, 2009, p.*apud* WALKUP & COLS, 2008,[n.p]).

Com a comorbidade entre os dois transtornos, o medo que a criança sente, acaba sendo encoberto por irritação e mudanças repentinas de humor, o que dificulta identificar os sintomas de ansiedade, aumentando também os do transtorno de humor e provocando um resultado negativo no quadro clínico. Nesta conjuntura, com a sobreposição do humor depressivo e da ansiedade a criança apresenta quadro grave de depressão que a leva a desenvolver problemas

¹¹ Abordagem tanto do psicólogo como do pedagogo.

psicossociais, chegando até mesmo ao suicídio, assim como afirmam Full e Boarati (2010, p 49):

O TB de início precoce tem uma frequência maior de ciclos rápidos e índices aumentados de estados mistos. A apresentação em crianças e adolescentes favorece a presença de comportamento suicida, abuso de substâncias e prejuízo na qualidade de vida. Ademais quando coexistem TB e TA nessa população, torna-se maior a probabilidade de recaídas e de um prejuízo funcional significativo.

Ainda, de acordo com os pesquisadores, o TA influencia no avanço do TB nas crianças a partir dos dois tipos clínicos, estando o primeiro, relacionado ao indivíduo que apresenta o TB bem definido junto com o TAS, sendo que esses apresentam um número muito grande de hospitalização e o início dos sintomas ocorrem de forma precoce; o segundo se refere ao indivíduo que apresenta somente a desregulação do humor e o TAS não apresenta alteração.

A comorbidade leva a criança a desenvolver inúmeros sintomas, os quais dificultam a identificação das características do transtorno bipolar na hora do diagnóstico, sendo que a análise ainda tem que lidar com os outros sintomas sobrepostos ao do THB. Desta maneira, conforme visto, se não houver o tratamento adequado, a criança terá prejuízos que acarretará a sua vida adulta, desenvolvendo depressão e fobia social. Assim, percebe-se que desde a infância o indivíduo já apresenta ações negativas tanto no ambiente social, como familiar, mas é no momento da aprendizagem, no ambiente escolar que esses sintomas ficam evidentes. Destarte, é no processo de aprendizagem, quando a irritação, as ações aceleradas e as dificuldades apresentadas na aquisição de novos conhecimentos sobressaem, é que se volta o olhar a esse indivíduo.

2.2 As dificuldades de aprendizagens e os prejuízos do indivíduo no ambiente escolar.

A dificuldade de aprendizagem pode estar ligada a inúmeros fatores, tanto no próprio ambiente escolar, como no familiar. Ambos os locais podem facilitar ou inibir o processo de aprender. Esses fatores podem ocasionar as dificuldades de percurso do aluno, que não consegue chegar ao sucesso ao realizar as tarefas acadêmicas. Com o descontentamento dos pais, as crianças passam a ser cobradas pelos seus fracassos, assim, se tornam pessoas nervosas, irritadas, sentindo-se incapazes e tendo por consequência prejuízos na aprendizagem.

A escola tem um papel fundamental para o desenvolvimento de seu aluno, podendo lhe oferecer condições favoráveis como um ambiente estimulante, a socialização entre os pares,

condições pedagógicas para que haja motivação, dedicação e qualificação do corpo docente (FERNANDEZ, 2001).

As dificuldades de aprendizagens podem estar ligadas a outros fatores, como doenças neurológicas, crônicas e transtornos psiquiátricos, como os relacionados ao transtorno de humor bipolar em que a criança apresenta dificuldades significativas em aprender. O caso clínico abaixo mostra com clareza o comportamento de um indivíduo com transtorno bipolar, episódio de depressão e as consequências negativas para a sua vida; assim, no momento da diagnose, primeiramente ele.

[...] se queixou de tristeza sem causa para tal, que era também acompanhada de angústia e dificuldade de manter a atenção nas tarefas escolares, repercutindo negativamente em seu desempenho escolar. Relatou, ainda, falta de prazer nas atividades habituais, como, por exemplo, não querer mais sair de casa, não ouvir música, apresentando pensamentos negativos em relação a si mesmo, baixa autoestima e isolamento dos amigos e da família (WAGNER, 2008, p 34).

Após a anamnese, segundo o autor, fechou-se o diagnóstico com indicação clínica de depressão; o indivíduo fez o tratamento com antidepressivos durante quatro meses, mantendo-se instável por esse período, no entanto, após esse tempo ele começou a apresentar episódio de irritabilidade e agressividade, sendo induzido a buscar outro tratamento que inibisse os dois polos de humor, acarretando assim, prejuízo em sua vida acadêmica. O caso em questão é um indicativo dos prejuízos que o indivíduo teve no relacionamento com os demais alunos e familiares, bem como no desenvolvimento cognitivo, na fala e na linguística.

A criança diagnosticada com o TB por consequência da doença, muitas vezes não consegue estabilidade emocional, ele não atinge a calma emocional plena para exercer atividades que requer atenção e reflexão necessária para o desenvolvimento em sala de aula. Sendo assim, devido aos diagnósticos e tratamentos equivocados, o aluno é prejudicado nos aspectos: linguístico, voltado a sistematização da língua e compreensão do idioma; cognitivo, no tocante a atenção, a percepção, a memória e sensação, que vão dos processos mais simples às funções de maior complexidade. A cognição exige um raciocínio com graus de dificuldade, assim, o comprometimento de alguns dessas habilidades cognitivas dificulta a aprendizagem do aluno.

As dificuldades apresentadas pelo indivíduo que tem TB se faz presente em duas formas de aprender distintas. A primeira é informal, em que o emocional sobressai sobre o cognitivo, e está relacionada ao prazer que o aluno tem ao aprender brincando; a segunda é a aprendizagem formal, em que sobressai o cognitivo, que direciona toda sua atenção e

concentração, para obter clareza sobre determinado conteúdo, mesmo que seja uma obrigação, algo desmotivador. Desse modo, o portador dos transtornos apresenta falhas no desenvolvimento tanto cognitivo quanto emocional (FU-I, BOARATI,2012).

É importante acompanhar o início dos sintomas na criança, para assim, seguir as etapas de desenvolvimento da sua aprendizagem, pois a avaliação em caso de quadros psíquicos é executada de modo diferente, como no caso do TB em que a peculiaridade se dá pela mudança de humor, assim, a avaliação é feita em vários momentos do dia, analisando o cognitivo, o processamento de aprendizagem e linguagem de forma isolada.

Nesse processo de avaliação verifica-se a imprecisão de atenção, já que no episódio maníaco o paciente se apresenta disperso, com o processo reduzido; distinto do anterior, o episódio depressivo, apresenta o mesmo quadro citado, mas com a diferença no aumento da atenção em coisas negativas, focando apenas nesse tipo de pensamento.

Essa falha também ocorre quando se fala na memória operacional, o aluno em episódio maníaco apresenta ideias fracas, fragmentadas sem ligação algumas, porém ele consegue retomar os momentos agradáveis que vivenciou já no estado depressivo a capacidade de memória observacional diminui, não se tendo assim, algo motivador para seu processamento de ideias. Em ambos os episódios, a memória condiz com o episódio de humor que o aluno se encontra, a facilidade de registrar informações acontece de acordo com o estado de humor do sujeito.

Outra falha que acontece é em relação à memória episódica verbal, em que se recebe o conhecimento por meio do sistema verbal, como informações de verbos, quando se lê livros ou se ouve discursos. Nesse caso, tanto episódios maníacos e depressivos sofrem falhas na hora de organizar e recordar o texto visual ou auditivo.

Assim, a linguagem e a aprendizagem apresentam gaps importantes nos períodos de euforia e depressão (DP) em virtude de alterações na seleção, no armazenamento e na recuperação das informações. As alterações tendem a prejudicar os processamentos mais estáveis e o armazenamento de informações relacionadas a linguagem e à aprendizagem (FULL, 2007, p. 127).

Com os relatos em relação às alterações cognitivas, mostra-se o quando pode ser traumática a aprendizagem em alunos com TB e se o diagnóstico não for precoce o acerto no tratamento pode ser um processo lento, levando o sujeito a ter prejuízo escolar, na estabilidade de humor e dificuldades de interação social.

Quando se trata de um aluno diagnosticado com o transtorno, é fundamental que profissionais que tenham conhecimento da doença saibam a melhor forma de trabalhar com o

mesmo, visando seu aproveitamento em sala de aula, que inclui diversidade de estímulos adequados às falhas levantadas anteriormente. Entre esses profissionais inclui-se o médico psiquiatra, o psicólogo, o psicopedagogo e o terapeuta familiar, formando assim a equipe multidisciplinar, porém, é de suma importância o entendimento, o acompanhamento e a colaboração do pedagogo (professor), que acompanha diariamente o desempenho de seu aluno em sala de aula.

Assim, no próximo capítulo será abordado as práticas do professor no cotidiano escolar com crianças diagnosticadas com Transtorno Bipolar e a importância da escola no desenvolvimento do indivíduo e o estreitamento das relações com a equipe multidisciplinar, que juntamente com a família acompanhará e estimulará o desenvolvimento social, afetivo e acadêmico do aluno.

O terceiro versa sobre os caminhos relacionados a tratamentos psicoterápicos para que o indivíduo tenha um tratamento positivo, assim, faz com que o professor tenha um direcionamento ao trabalhar em sala de aula com esse aluno, a família um apoio profissional para os desafios da doença e os profissionais da saúde um tratamento com resultados positivos relacionados a doença.

CAPÍTULO 3

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA, EM BUSCA DE CAMINHOS: ESCOLA, FAMÍLIA E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O Transtorno Bipolar (TB) é uma patologia que se caracteriza pela variação de humor depressão e euforia. Na infância, seu diagnóstico acaba sendo tardio devido à falta de conhecimento da doença precoce. Mesmo atualmente com os diversos estudos sobre TB, a doença mesmo em adultos é alvo de controvérsias e quando ocorre em crianças ainda é diagnosticada com critérios usados para os pacientes de modo geral, além de haver certa resistência por especialistas da área da saúde, de concluir o diagnóstico.

Quando o TB se desenvolve ainda na infância, necessita da toda atenção das pessoas que convivem com a mesma como família, profissionais e corpo docente da instituição escolar que ela frequenta e a equipe multidisciplinar que acompanhará a criança. Para que a aprendizagem aconteça é necessário que a criança com o transtorno tenha estabilidade emocional tanto na vida familiar, quanto escolar. Dessa forma, “é fundamental conhecer e avaliar o potencial e as possibilidades de efetivação da aprendizagem formal nos transtornos psiquiátricos em geral” (FUL, 2007, p.273).

A criança que desenvolve o TB tem o desenvolvimento integral prejudicado se não tiver o acompanhamento necessário, pois se sabe que toda doença psiquiátrica tem tratamento, que auxilia no convívio dessa criança, fazendo com que a mesma tenha uma perspectiva sadia ao que se refere ao desenvolvimento social, emocional e cognitivo, fazendo com que haja a melhora na qualidade de vida.

Assim deve-se buscar para o paciente, *caminhos* no aspecto psicodinâmico¹², da mesma maneira que se procura tratamento para uma criança enferma. No caso do TB, a doença não é aparente, mas faz com que o doente enfrente situações frustrantes e desafiadoras que prejudicam sua qualidade de vida, bem como sua aprendizagem escolar.

¹² O processo psicodinâmico é baseado em métodos e técnicas que se utiliza principalmente da escuta terapêutica, ou seja, da fala do paciente sobre si mesmo, sua vida. A intervenção, ato ou interpretação do analista parte sempre do que foi trazido pelo paciente, da análise dos sintomas.

3.1 Como facilitar a aprendizagem do aluno com transtorno bipolar

A estabilidade emocional é um dos fatores que contribuem para que a aprendizagem ocorra, sendo também fundamental durante a realização de atividades que exigem atenção, concentração e reflexão. Nesse momento a escola tem a função de proporcionar a socialização e a aprendizagem, da criança, mas para que o aluno diagnosticado com o transtorno tenha progresso escolar e social é necessário que a equipe escolar tenha conhecimento sobre a doença e dê abertura para as adaptações necessárias no ambiente escolar, tanto estrutura física, como na pedagógica, em prol do aprendiz.

Dentre as adaptações está o docente lidar sempre com afeto, ficando atento a autoestima da criança, valorizar seu comportamento positivo e não o negativo, criar rotinas evitando atividades de repetição e longas, pois as crianças mostram resultados em tarefas novas e curtas. Outra prática é trazer novidades que mantenham a atenção e motivação, sempre estabelecendo firmes os limites, trabalhando a impulsividade, mas nunca reprimindo ou punindo a fim de levar o aluno a baixa autoestima, medo e frustração.

Para que crianças e adolescentes tenham um bom aproveitamento escolar é essencial, dentre outros fatores, que a escola proporcione ao aprendente condições físicas de sala de aula, com um ambiente seguro, limite aceitável de alunos em cada turma, condições pedagógicas favoráveis de acordo com a faixa etária dos alunos e, principalmente, condições do corpo docente, em que haja motivação, dedicação e qualificação dos profissionais envolvidos no processo de ensino e aprendizagem (BRUM;ZENI;TRAMONTINA,2011,p.[n.p]).

Ainda em relação à adaptação, cabe ressaltar que o uso de medicação pode interferir na atenção e concentração e a sensibilidade a luz pode ser afetada sendo necessário sua locomoção de acento na sala de aula diversas vezes, além de provocar sede e conseqüentemente um aumento no volume urinário, o que fará com que os horários e algumas regras sejam repensadas, havendo uma tolerância maior no uso do sanitário e bebedouros.

A equipe escolar precisa ter conhecimento e compreensão em relação a esta e outras questões, para que o aluno tenha seu desenvolvimento emocional e afetivo garantidos. A medicação causa o ganho de peso, por isso o aluno precisa ser estimulado a praticar atividades físicas tanto na escola como fora dela e, nesse sentido a comunicação com a família deve ser constante, pois é importante como, por exemplo, que se tenha um caderno para anotações em que os pais e o professor possam se comunicar diariamente, são medidas simples mas as

anotações irão estreitar a relação para solucionar pequenos ajustes que se deve ser feito no cotidiano da criança (FU-I;BOARATI, 2012).

Além das questões fisiológicas, o aluno apresenta ao longo do dia/ ano, variações de humor que devem ser percebidas no ambiente familiar e escolar, alternando episódios de mania e depressão conforme já fundamentado anteriormente. Neste caso, é importante evitar situações estressantes como mudança de escola ou troca de professores, volta as aulas depois do período de férias e troca de medicação, cabendo a família e a escola preparar a criança para essas situações quando for necessário passar por elas(BOARATI; MAIA; FU-I, 2010)

Em relação ao ambiente de aprendizagem, o ideal é que o aluno seja inserido em uma sala com número baixo de alunos e que se tenha um profissional que preste assistência para as dificuldades em sala de aula como duvidas no conteúdo estudado. Infelizmente o aluno com transtorno bipolar sofre algumas limitações no seu desenvolvimento acadêmico, pela dificuldade na compreensão dos aspectos linguísticos e cognitivos.

A compreensão dos aspectos linguísticos e cognitivos envolvidos no TB da infância e adolescências, é necessário compreender a aprendizagem e a linguagem como processo resultantes de outros processos cognitivos (sensação, percepção, atenção, memórias) e de funções mais complexas entre as quais o planejamento e resoluções dos problemas (FU-I, 2007, P.276).

Na literatura encontram-se a descrição de alguns casos de alunos com o TB e a forma que família e escola conduziram a situação. Esses relatos servem como fonte de informações a respeito de circunstâncias que podem ser evitadas e outras que podem ser colocadas em prática, pois foram positivas.

Segundo BOARATI; MAIA; FU-I (2012,p.244)¹³ João Vitor, menino de dez anos, que estava cursando o 5º ano do ensino fundamental, diagnosticado com TB, apresentou dificuldades de aprendizagem desde a alfabetização, necessitando sempre de auxílio individual na sala de aula. Por não mostrar resultados significativos no ambiente escolar, seu pai o transferiu de escola, mas o problema em seu desenvolvimento acadêmico o acompanhou na nova instituição. Ao ser avaliado por uma equipe multidisciplinar constatou- se que seu desempenho era flutuante dependia do dia em que era avaliado. Durante a avaliação feita em vários momentos pelos profissionais da equipe multidisciplinar, o paciente teve muita dificuldade no processo de atenção, devido a distração por fatores externos, já que qualquer movimentação no ambiente em que estava sendo avaliado ,fez com que o mesmo perdesse a

¹³ FU-I, Lee; BOARATI, Miguel Ângelo; MAIA, Ana Paula. *Transtornos afetivos na infância e adolescência: Diagnóstico e tratamento*. Porto alegre. Artmed, 2012. 355 p.

concentração, apresentando também falhas na memória, sendo um obstáculo memorizar matérias que eram de seu conhecimento e apresentou revés na elaboração de narrativas orais e escritas.

Assim, o aluno apresentou em toda sua avaliação falhas em planejar e realizar tarefas, evidenciando sua desorganização, inclusive com os materiais didáticos.

Apresentando então a aprendizagem hiperassimilatória, ou seja, a criança traz vários assuntos enquanto realiza a atividade, conversa, pergunta, questiona, mas não costuma ouvir por que já está formulando outra pergunta. Prende-se aos detalhes e não observa o todo.

O aluno foi direcionado a terapia psicopedagógica para que se melhorasse as questões apresentadas e também houve um auxílio no planejamento escolar, feito pelo profissional psicopedagogo, para ajudar o professor no processo de aprendizagem. Nessa situação a escola foi instruída a dar um suporte ao aluno, quando o conteúdo incluísse questões textuais e busca por estratégias de memorização.

Desse modo é de grande importância que a escola saiba enfrentar os problemas do aluno como consequência de sua patologia, para assim fornecer recursos internos, como implantar atividades criativas, com assuntos do interesse do aluno, desde que seja trabalhado de forma pedagógica, envolvendo-o e levando-o a participar, junto com os demais colegas de sala, desse modo será garantido a ele a socialização e a aprendizagem.

As análises das características patológicas da criança também ajudam a escola a definir quais combinados de vem ser estabelecidos no ambiente escolar e que forma auxiliará o aluno, já que devido a instabilidades emocionais é necessária a flexibilidade em relação aos prazos de entrega das atividades pedidas pelo professor, porém, somente em casos específicos em que as alterações de humor sejam mais severas e não o uso da doença, para justificar constantes reajustes de datas determinadas.

Nos dias em que o aluno apresentar muita desatenção pode ser usado pelo professor um gravador, que de acordo com Fu-I (2007, p.275), “[...] pode favorecer e criar situações lúdicas que envolvam motivação, colaboração e facilitação aos processos de memorização e aprendizagem”. Outro método que facilita a aprendizagem é o uso de palavras chaves na lousa, a medida que a matéria é passada pelo professor, o uso dessas palavras simples auxiliam o aluno de uma forma geral a se reorientar no caso de distração e perda do conteúdo que esteja sendo passado pelo professor.

Devido aos episódios de alteração de humor que a criança sofre ela pode se ausentar da escola, nesse momento é fundamental que tanto professores, família e mesmo outro aluno na sua fala simples revise todo o conteúdo com ela. Para o indivíduo com TB as atividades não

podem ser só conteúdo formal pedagógico, mas também atividades que desenvolvam a criatividade e imaginação devem ser estimuladas pelo professor e os pais.

Quando a criança apresentar uma piora nos episódios de humor é necessário que a escola designe uma pessoa que possa ser de confiança do aluno, alguém que ela possa sempre buscar nos momentos de maior agitação ou depressão. Nesses momentos de instabilidades emocionais o professor não deve confrontar seu aluno e sim tentar manter a calma e encaminhá-lo a essa pessoa de confiança (FULL, 2007).

Para os profissionais da equipe escolar, é uma responsabilidade muito grande conseguir a aprendizagem do aluno com TB, ele não tem o preparo ainda para trabalhar em sala de aula entre inúmeras dificuldades que aparecem no dia a dia, como diz essa professora em seu relato.

Avalio como uma tarefa muito difícil que necessita de um trabalho em conjunto de todos os envolvidos. O professor não pode ficar sozinho nesse processo, ao final, a sobrecarga é maior para o professor de sala que tem que se responsabilizar pela aprendizagem e desenvolvimento de todos e ainda se desdobrar na função de cuidar para que ninguém se machuque ao final de cada dia (MIRANDA, et al , 2013, p.113).

O núcleo educacional tem a responsabilidade de proporcionar a formação dos professores para que estes se atualizem, através de cursos de capacitação para que o docente tenha condições de atender da melhor forma seu aluno e ter conhecimento de como agir, para assim, atuar com mais facilidade na aprendizagem do aluno com Transtorno Bipolar.

O docente não tem disponível na sala de aula um professor de apoio, já que o Transtorno Bipolar não está inserido na inclusão dentro da unidade escolar e somente no caso de inclusão o aluno tem direito a um professor de apoio.

Segundo a LDBEN (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) 9.394/96, a partir da alteração do artigo 58, entende-se por Educação Especial a modalidade de ensino oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, não mais para o educando com necessidades educacionais especiais, mas sim, para educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e altas habilidades ou superdotação (FARIAS;CAMPOS,2017,p.99).

Alunos com direitos a inclusão educacional tem acesso ao Atendimento Educacional Especializado (AEE) que insere a organização de salas de recursos multifuncionais, com a disponibilidade de recursos e de apoio pedagógico para o atendimento às especificidades dos alunos que necessitam da educação especial, que estão matriculados no ensino regular. O aluno com TB não tem disponibilidade desse atendimento, pois se entende que a criança diagnosticada

com TB é portadora de uma doença e não uma deficiência e que o aluno tem períodos de adaptações ao contexto educacional (FARIAS; CAMPOS,2017).

Para pela falta de o resultado positivo tanto social quanto acadêmico, o aluno necessita que a família interaja com a escola em busca de caminhos, já que é indispensável que as duas instituições trabalhem de forma harmônica e uma apoiando o trabalho da outra (FU-I, 2007)

3.2 A importância da família no desenvolvimento da criança com TB

O paciente com Transtorno Bipolar para conseguir um melhor resultado no seu tratamento, ele necessita da presença da família, pois é no ambiente familiar que ele recebe amor, carinho, segurança para obter a melhora na qualidade de vida, já que a família é a mais importante instituição na vida do indivíduo.

A família tem um papel importante no ciclo de qualquer doença, pois seu apoio é fundamental para resultados positivos quando falamos em superação e tratamento benéfico. A família vem sendo objeto de estudo em diversas áreas, pois o modo como vivem revela muitas características comportamentais e culturais, que transparecem no comportamento e atitudes da criança.

Freud¹⁴ se referia a família como um lugar social em que se dá origem do psiquismo individual, além de fornecer as bases para que o indivíduo caminhe socialmente, pois ela é o lugar onde há o confronto com as normas, as leis e as interdições (FULL, 2007, p. 263).

Para Minuchin¹⁵ (1990), o ambiente familiar é a origem do desenvolvimento psicossocial de seus integrantes, sendo o primeiro grupo que o mesmo é inserido socialmente, ou seja, a família é a matriz da formação do indivíduo para conviver em sociedade. Tanto Freud quanto Minuchin tem como referência o modelo de família nuclear, tradicionalmente composta pelos pais e filhos. Mas nos dias atuais a família vem sendo formada com várias configurações, não tendo mais o modelo padrão familiar nuclear.

Atualmente a família vem sendo interpretadas pelos vínculos de afeto de várias maneiras, como a família monoparental, que é constituída pelos filhos e apenas um genitor, situação comum hoje em nossa sociedade, o motivo pode ser divórcio, viuvez e mulheres que optam em serem mães solteiras, temos também o relacionamento de homossexuais, que hoje no

¹⁴ Freud, mais conhecido como Sigmund Freud, foi um médico neurologista criador da psicanálise.

¹⁵ Manuchin S. *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

país crescem cada dia mais as uniões homoafetivas. Com a diversidade na composição da família na atualidade, ambas enfrentam os problemas próprios da instituição familiar e também são no seu convívio que o indivíduo forma seus valores, sua identidade e sua interação com a sociedade (MALUF, 2010).

Independente do modelo familiar, as relações entre a família e a doença é um assunto muito estudado quando relacionada às patologias da área da psiquiatria, como o transtorno bipolar. A família da criança diagnosticada com TB tem que aprender a lidar com inúmeros problemas como agressividade, mau comportamento, ansiedade e alteração de humor. A participação desta, no tratamento, vem sendo cada vez mais ativa, considera, portanto, a base para a eficácia do resultado, devendo sempre se manter atualizada com informações básicas sobre a doença (YACUBIAN; NETO, 2001).

Na sociedade que vivemos se valoriza a liberdade que a criança tem em suas ações, mas também é preciso passar atividades úteis que auxiliem em sua formação, como as atividades escolares, que são obrigações no seu cotidiano, no entanto, está é atualmente uma dificuldade no ambiente familiar, como o responsável pela família irá administrar afazeres domésticos, atividades escolares e a liberdade de ação que a criança tanto necessita?

Segundo FU-I (2007) pais de qualquer classe social se veem diante de um dilema, dar liberdade excessiva ao filho, assim, fazendo com que a criança não cumpra suas atividades sociais ou os pais devem agir com rigidez e autoritarismo, que poderá resultar em atitudes rebeldes e comportamentos inadequados da criança perante a sociedade. Esse equilíbrio entre criação liberal e rígida é muito difícil de encontrar, principalmente quando o filho é diagnosticado com um transtorno. Junto com o diagnóstico do Transtorno Bipolar vem a agressividade e depressão da criança, conseqüentemente a frustração da família diante do diagnóstico do TB , com isso se torna um desafio para os pais em decidir o que permitir para essa criança. Muitas vezes atitudes maleáveis no comportamento dessa criança faz com que ela entre em um jogo de poder com a família, fazendo com que ambas entrem em profunda irritação, assim desenvolvendo comportamentos violentos físicos e verbais tanto na criança como na família.

Se no passado a família era afastada do tratamento que era submetido seu familiar, estando totalmente distante do que ocorria com o mesmo e o progresso do tratamento, pois se acreditava que a aproximação poderia atrapalhar no resultado positivo, hoje a participação da família no tratamento é fundamental para sua recuperação e avanços quanto ao desenvolvimento da criança.

Para a orientação da família sobre doenças relacionadas a transtornos, existe a psicoeducação, que ensina sobre o tratamento, as habilidades do paciente e como desenvolvê-las a viver harmoniosamente. Para que o trabalho seja realizado é necessária uma equipe multidisciplinar atendendo de forma global todas as necessidades da família e do paciente (FUI, 2007).

3.3 Tratamento do Transtorno Bipolar na infância: Equipe Multidisciplinar

A Equipe Multidisciplinar no tratamento da saúde mental foca na multiplicidade e na diversidade de necessidades que a paciente precisa para seu tratamento, não somente voltada à doença, mas na sua vida de modo geral, tarefa essa destinada aos profissionais da saúde. Nesse sentido quando um indivíduo apresenta sintomas do TB ou outra patologia mental, cabe um diagnóstico amplo, já que:

Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicopedagogos e psicólogos (AMARANTE; LANCETTI, 2006, p. 615).

O papel da equipe multidisciplinar é trocar informações valiosas entre os profissionais para que o paciente tenha o acompanhamento completo em seu tratamento com abordagens mais consistentes. Suas ações são instrumentos que edificam através do conhecimento da realidade, já que a equipe está ligada a trajetória da psiquiatria no país, exercendo seu trabalho no diagnóstico e no tratamento da doença, apresentando tratamentos psicossociais além do farmacológico. Cada profissional tem a função de contribuir para um resultado positivo na vida do indivíduo.

Um exemplo é o que acontece no Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que possui em sua equipe multidisciplinar profissional composta pelo médico psiquiatra responsável pelo paciente, quatro psicólogos, em que cada um atua em uma área como, tratamento em grupo, atividades lúdicas, clínico infantil, avaliação neuropsicológica, contando com uma fonoaudióloga e uma médica neurologista infantil especializada em distúrbio do sono.

O tratamento tanto da infância ou adolescência realizada pela SEPIA é composto por três divisões, as orientações à família e paciente, psicoterapia a ambos e a medicação. Todos os envolvidos no ambiente de convívio do paciente tem funções importantes em sua vida, o que

pode criar uma exaustão aos familiares e amigos, necessitando de auxílio para lidar com a doença, com isso, o papel da equipe multidisciplinar é fornecer essa ajuda aos envolvidos com o objetivo de evitar os prejuízos que a doença pode trazer e contribuindo para o bem estar do paciente.

A criança acaba gerando muita tensão no convívio familiar devido à instabilidade emocional decorrente a alteração de humor, assim não só o doente, mas também as pessoas de seu convívio necessitam passar por orientação e acompanhamento.

3.3.1 Equipe Multidisciplinar : diagnóstico e tratamento do Transtorno Bipolar

O psiquiatra faz uma avaliação detalhada do paciente, avaliando-o do ponto de vista psicológico e biológico, levando em consideração até mesmo as questões culturais. Este especialista trabalha com prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos envolvidos como o transtorno bipolar, buscando aliviar o sofrimento de seu paciente. O tratamento feito pelo psiquiatra pode ser farmacológico ou através de diversas terapias e seu método de diagnosticar na maioria das vezes é através de relatos do paciente em uma entrevista clínica que avalia a psicopatologia do mesmo. (CORDIOLI, 2005).

Ao fonoaudiólogo cabe a função de analisar a história de vida que o paciente traz, tendo o desafio de mostrar a importância de trabalhar com atividades discursivas, resgatando as vontades do paciente, colocando-o em situações de conversação, levando-o a novos caminhos para assim ter novas formas de convivência e interação.

A clínica fonoaudiologia, como também as outras (médica, psicológica...) só poderia e deveria orientar-se e fazer-se investindo os sentidos que vazam tais frestas, isto é, investindo na potência das pessoas em desejar o novo e, por isso, em lutar para produzir respostas e alternativas aos problemas que se tem de atravessar (ALMEIDA, 2010, p. 27).

O papel do psicopedagogo é acompanhar o desenvolvimento escolar do paciente, já que o período escolar é importante para o desenvolvimento do mesmo, assim qualquer desestabilidade emocional pode ser um agravante para seu desempenho na aprendizagem. Os transtornos têm fortes tendências a se agravar devido aos conflitos escolares que o aluno enfrenta no seu cotidiano. A autoestima se faz um fator importante para as realizações na vida do paciente, assim a ajuda do profissional é imprescindível para descobrir o motivos dos problemas escolares, sendo um ponto de apoio para o auxílio no âmbito escolar (BRUM; ZENI; TRAMONTINA, 2011).

Já o psicólogo tem como função identificar as necessidades psicológicas e comportamentais do paciente e buscar planos para a intervenção do problema, de acordo com as necessidades do paciente. O comportamento do indivíduo não deve ser analisado de acordo com o rótulo imposto pela doença, mas com o resultado do seu processo de análise biológico, histórico e seu contexto atual. A psicologia oferece auxílio em vários segmentos e “uma das áreas em que tem se destacado refere-se à prática clínica, a qual envolve psicoterapia individual, de casal, familiar, infantil e de grupo” (COSTA; SANTOS; SOARES, 2016, p. 23).

Para que o paciente com TB tenha um atendimento apropriado é importante que a equipe multidisciplinar esteja em constante interação entre seus membros, para que o apoio ao paciente seja de qualidade. Para alcançar essa qualidade no atendimento a equipe deve estar sempre se atualizando para assim, aprimorarem suas técnicas de avaliação e conseqüentemente se atualizar também em tratamentos mais eficazes (SAFANELL; RODRIGUES; CYRINO, 2012).

3.4 Intervenção da psicoeducação e da arte terapia no tratamento do transtorno bipolar

Com o avanço em pesquisas e a aceitação do transtorno bipolar ainda na infância, os profissionais da área da saúde tem buscado uma melhoria na vida do paciente e conseqüentemente da família, abrangendo novas formas de tratamento, não se limitando apenas ao tratamento através de medicamentos. Essa busca por outras formas de tratamento é desenvolvida através da colaboração de uma equipe multidisciplinar que é composta por profissionais interligados a área da saúde e psiquiatria.

A psicoeducação pode ser considerada uma modalidade de intervenção que visa propiciar melhores condições de entendimento e compreensão da patologia, bem como salientar e potencializar os aspectos positivos do paciente. Neste sentido, intervenções psicoeducacionais para pacientes com transtorno bipolar e seus familiares têm melhorado o conhecimento de ambos sobre o transtorno e o estresse causado por este (FIQUEIREDO et al., 2009, [n.p.]).

A psicoeducação é vista como a alternativa que possibilita englobar a intervenção e a informação, não apenas lidando com a doença, mas toda reação emocional que esse conhecimento lhe causa, fazendo a interligação entre o cognitivo, o social e o emocional, fazendo assim com que a criança tenha total apoio. Desta forma, “É sempre interessante associar uma abordagem psicoeducacional com os pais, paciente e escola, visto que informações de qualidade aumentam a adesão ao tratamento, melhoram a atitude positiva dos pais em relação aos filhos” (MORAIS; SILVA; ANDRADE, 2007, [n.p]).

Assim como a psicoeducação, outros tratamentos multidisciplinares estão sendo desenvolvidos no país com efeitos positivos, mesmo assim, ainda são muitos poucos em relação aos países desenvolvidos. Com o objetivo de trazer benefícios ao indivíduo com transtorno bipolar e a família, eles auxiliam no bem estar da vida social, ajudando a compreender melhor a doença e suas consequências.

Um tratamento que vem sendo recomendado atualmente e também considerado multidisciplinar é a arte terapia que é fundamental para que o paciente consiga se expressar por meio da arte (YOKOTA, 2003).

E, nesse sentido, em toda atividade relacionada à arte, é necessário que se tenha o processo criativo a ser executado através da arte que o indivíduo expressa e o que sente utilizando sua criatividade.

O conceito de arte terapia é fundamentado na premissa que o processo criativo embutido na execução de um trabalho de arte pode curar e estimular a vida. Arte-terapia significa dar um uso terapêutico ao processo de execução de arte, envolvendo uma relação entre pessoas que tenham algum problema em suas vidas (doenças, conflitos, questões não resolvidas, etc.) ou que procuram desenvolvimento pessoal e um profissional especializado (YOKOTA, 2003, p 22).

Sendo uma modalidade da área da psicoterapia a arte terapia trabalha com a produção plástica, nessa prática o paciente se expressa através da arte, já que na maioria das vezes, ele tem dificuldade de se expressar de forma verbal, ou seja, o indivíduo não consegue se comunicar oralmente, não interage com o meio que o cerca. Então essa comunicação acontece através das artes plásticas como pintura, desenhos e modelagem que são executados em ateliê, em que a criatividade é o foco no trabalho realizado.

A imagem como ferramenta terapêutica foi utilizada pelo psicanalista Freud em seus ensinamentos e ele defendia que “grande parte da experiência de um sonho, se perde ao traduzir as imagens em palavras” (FUL; BOARATI; MAIA, 2010, p. 346). Para ele a imagem era como um fino tecido, que em sua transparência disfarçava desejos inconscientes. Conceito este que fez com que Jung¹⁶ ampliasse seu pensamento em relação a imagem, sendo que para ele a imagem espelhava o que realmente acontece no espaço interno de nossa alma, assim ele passou a produzir suas próprias produções plásticas como atividade terapêutica, com isso passou a aplicar em seus pacientes.

¹⁶ Carl Gustav Jung foi um psiquiatra e psicoterapeuta suíço que fundou a psicologia analítica. Jung propôs e desenvolveu os conceitos da personalidade extrovertida e introvertida, arquétipos e o inconsciente coletivo. Seu trabalho tem sido influente na psiquiatria, psicologia e no estudo da religião, literatura e áreas afins.

Ao realizar um trabalho o paciente passa para a obra toda sua aflição através das cores, e formatos fazendo com que aquilo que estava aprisionado através de angustia seja suavizado, ajudando a lidar com problemas que o aflige, tendo assim, resultados positivos que o auxiliam no ambiente escolar, fazendo com que seu desempenho melhore diante das dificuldades enfrentadas no processo de aprendizagem (BARRETO, 2010).

Tais tratamentos multidisciplinares como a psicoeducação e a arte terapia, tem como função ajudar o indivíduo a lidar com seus sentimentos e pensamentos em busca de conforto tanto afetivo como comportamental, a criança em busca da sua construção pessoal e social.

Quanto ao acompanhamento da criança, Ful (2007) expõe com muita propriedade que a criança é um ser em desenvolvimento e com especificidades únicas e nesse sentido ele diz:

[...] lembrem-se da criança individual, do processo de desenvolvimento da criança, do desconforto da criança, da necessidade que a criança tem de auxílio pessoal e da capacidade que ela tem, de usar a ajuda pessoal, simultaneamente, é claro, a lembrança continua da importância da família e dos vários grupos escolares e de todos os outros que conduzem ao grupo que chamamos de sociedade (FUL, 2007, p.289).

Nesse sentido, para que a criança com TB tenha seu desenvolvimento integral é necessário a participação da família, junto com a escola e a área da saúde responsável pelo tratamento da doença. A família é o suporte da criança, sendo o ambiente em que ela se sentirá segura para enfrentar os desafios relacionados à doença. É na relação com a família que a criança se sente fortalecida, desse modo, a relação de afeto no ambiente familiar, contribui para prevenir e amenizar crises, causadas pela oscilação de humor da doença.

Já a escola assume um papel fundamental, proporcionando a socialização e o ensino formal. O professor se sente sozinho quando o assunto é incluir o aluno com TB na sala de aula, ele se sente desamparado, o que acaba limitando a realização de seu trabalho no dia-a-dia com o aluno, o docente necessita de parcerias, de ações conjuntas para que se chegue a um resultado positivo na aprendizagem do aluno com TB. Parceria essas que ocorrem com a disponibilidade de formação do docente no tema, para sua maior compreensão e também na busca de formas, de como agir com o aluno tanto no comportamento em sala de aula como no desempenho na aprendizagem (FARIAS; CAMPOS, 2017).

CONCLUSÃO

O Transtorno Bipolar (TB) na infância é um tema ainda desconhecido pelos profissionais da saúde e está longe de ser um assunto esclarecido na sociedade, já que se acredita que a doença se desenvolve apenas na fase adulta. Estudiosos buscaram informações através de relatos desde a antiguidade de casos ainda precoce, o que aprofundou as pesquisas sobre a doença. A criança desenvolve episódios de alteração do humor entre euforia e depressão, que pode comprometer todo seu desenvolvimento já que pode interferir no seu convívio social, pessoal e acadêmico.

Quando a criança apresenta o episódio de euforia, chamado de mania ela não somente fica agitada como também tem comprometimento psicomotor e fuga de ideias e na fase depressiva ela apresenta cansaço, lentidão e acaba se isolando, características que prejudicam a aprendizagem no ambiente escolar, comprometendo o desenvolvimento cognitivo.

Além da complexidade do TB, o paciente sofre com outro fato que dificulta o diagnóstico precoce, que são as comorbidades associadas a outros transtornos, ou seja, o transtorno bipolar vem acompanhado de mais transtornos, como por exemplo, do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); vinculando o desafio de dois tratamentos a um mesmo indivíduo, que na maioria das vezes tem o diagnóstico apenas de TDAH, levando a um tratamento que irá comprometer seu desenvolvimento social e acadêmico.

Quanto à escolarização, o aluno apresenta variação de humor que já era observada pela família e torna-se perceptível na escola também. Ambas as instituições devem dar apoio a essa criança, fazendo com que ela tenha um ambiente tranquilo para aprender com direito a adaptações de acordo com suas necessidades. A procura por ajuda especializada na maioria das vezes acontece por indicação da escola, já que a criança passa boa parte do seu dia na instituição, e a parceria entre escola, família e equipe de profissionais da área da saúde é fundamental para que se encontrem caminhos que auxiliem no desenvolvimento integral da criança.

Através de uma pesquisa descritiva do tipo bibliográfica, buscou-se a uma metodologia para que o docente trabalhe na sala de aula com alunos diagnosticados com transtorno bipolar, devido ao seu comportamento inadequado e sua dificuldade de aprendizagem, porém na revisão bibliográfica pouco se encontrou sobre a atuação da escola, sendo os estudos mais voltados na área da saúde e no aspecto clínico. Devido então a carência de material a nível educacional, a pesquisa buscou referenciais teóricos sobre o que se pode fazer para auxiliar no desenvolvimento do indivíduo com TB, juntamente com o apoio da família e da escola.

A pesquisa evidenciou como ainda é desconhecido o tema e como falta preparo dos profissionais de saúde para diagnosticar o transtorno bipolar na infância, mesmo com estudos comprovando casos precoces de TB, a doença é confundida com comportamento relacionado a idade da criança, o que acarreta na falta do acompanhamento clínico necessário, formada por uma equipe multidisciplinar, porém com a realidade da saúde pública em no Brasil (estrutura), essa assistência ainda é utópica.

Na escola a situação não é muito diferente e, mesmo que ocorra o diagnóstico precoce em uma criança, a instituição escolar não tem estrutura e apoio especializado para trabalhar com o aluno que tem TB e há uma defasagem na orientação do docente sobre o assunto e quais procedimentos didático-metodológicos são mais eficazes, o que torna difícil a garantir a aprendizagem integral da criança.

O docente não tem o conhecimento necessário sobre o assunto, mas ele pode ter o preparo necessário para fazer com que o aluno se desenvolva e aprenda. A partir dessa perspectiva, o estudo propõe auxiliar o docente em seu aprofundamento sobre o assunto e também maior compreensão da sociedade que ainda não tem conhecimento da doença na faixa etária precoce. Dessa maneira desmitizando que o Transtorno Bipolar seja apenas uma mudança repentina de humor, mas que pode acarretar sérios problemas para a vida da criança e se não for tratado corretamente, trará consequências para a vida adulta.

Ao abordar as dificuldades de aprendizagem, buscando a melhor prática de ensino, levando ao bem estar educacional do aluno com transtorno bipolar, fica claro como é fundamental a escola juntamente com a família realizarem um trabalho em conjunto, para um resultado qualitativo quanto a aprendizagem e a qualidade de vida da criança com TB.

Assim tendo em vista os aspectos estudados não é necessária uma metodologia especializada, mas sim posturas de controle do comportamento mais adequadas e adaptações temporárias em situação de avaliação. Não é considerada uma inclusão já que o aluno tem períodos de adaptação ao contexto educacional. Assim entende-se que o conhecimento sobre o assunto é fundamental para que se alcance os objetivos tanto no desenvolvimento social e na aprendizagem, tendo o trabalho apresentado como fonte para pesquisas em busca desse conhecimento, já que o transtorno bipolar na infância é um assunto desconhecido tanto pelos profissionais da área médica como para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Beatriz P. B. de. *Fonoaudiologia e saúde mental: experiência em equipe multiprofissional com portadores de transtornos mentais institucionalizados*. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) - Pontifícia Católica de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12258>>. Acessado em: 12/11/2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. et al. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <<http://aempreendedora.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Manual-Diagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>>. Acessado em: 17/03/2017.

BARRETO, Edelcilene C. *Benefícios da arte terapia as pessoas com transtorno afetivo de humor e sua família*. 2010. 65 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Arte Terapia) - Universidade Cândido Mendes, Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.avm.edu.br/deucpdf/monografias@publicadas/pósdistancia/43640.pdf>>. Acessado em: 22/11/2017.

BARROS, Maria Cláudia M. S.; BRITO, Maria Inês M. S.; SANTOS, Patrícia M. M.. *Reflexão sobre transtorno bipolar e o papel do professor: o professor está sendo formado para a inclusão na sala de aula?*. 2015. 17p. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/enfope/article/viewFile/1791/321>>. Acessado em: 23/02/2017.

BRUM, Lanúzia Al.; ZENI, Cristian P.; TRAMONTINA, Sinzá. *Aprendizagem e transtorno bipolar: reflexões psicopedagógicas*. Revista psicopedagógica. . v. 28. n. 86. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v28n86/10.pdf>>. Acessado em: 12/02/2017.

CERVA, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto da. *Metodologia científica*. Ed. 6. São Paulo: Pearson Prentice hall. 2006. p.62.

COSTA, Roberta S.; SANTOS, Deivid R. do; SOARES, Maria R. Z. *Intervenção psicológica em grupos para pacientes com diagnósticos de Transtorno Bipolar: uma revisão literária*. Revista contextos clínicos. v. 9. n. 2, 2016. Disponível em: <32111236-Intervencao-psicologica-em-grupo-para-pacientes-com-diagnostico-de-transtorno-bipolar-uma-revisao-da-literatura.html>. Acessado em: 10/11/2017.

CORDIOLI, Volpato A. *Avaliação do Paciente em Psiquiatria: a entrevista psiquiátrica*. Texto atualizado. Revista contexto e saúde. São Paulo, 2005. Disponível em: /psiquiatria/psiq/entrevis.pdf.>. Acessado em: 19/11/2017.

FERNÁNDEZ, Alicia. *O saber em jogo*. Porto Alegre: Artmed, 2001. 180p.

FIGUEIREDO, Ângela, Leggerini; SOUZA, Luciano de; JR, José Caetano Dell' Aglio; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. *O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar*. Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva: São Paulo, v.11, n 1. [n.p]. Jun. 2009. Disponível em< /scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517 55452009000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acessado em: 06/10/2017.

FU-I, Lee. *Transtorno Bipolar na Infância e adolescência*. São Paulo: Segmento Farma, 2007. 288 p.

FU-I, Lee; BOARATI, Miguel Ângelo. *Transtorno Bipolar na Infância e adolescência: Aspectos clínicos e comorbidades*. Porto alegre: Artmed, 2010. 264 p.

FU-I, Lee; BOARATI, Miguel Ângelo; MAIA, Ana Paula. *Transtornos afetivos na infância e adolescência: Diagnóstico e tratamento*. Porto alegre. Artmed, 2009. 355 p.

MALUF, Adriana C. do R. F. D. *Nova modalidade da família na pós modernidade*. 2010. 322 f. Tese de Doutorado em Direito - Faculdade de Direito da USP, São Paulo, 2010. Disponível em:<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/.../TESE_COMPLETA_PDF_ADRIANA.pdf>. Acessado em: 17/11/2017.

MIRANDA, Maria de J.; DALL'ACQUA, Maria Julia C.; HEREDERO, Eladio S.; et al. *Inclusão, educação infantil formação de professores*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013.136 p.

MORAIS, Cesar de; SILVA, Fabio M. B. N.; ANDRADE, Ênio R. de. *Diagnóstico e tratamento de transtorno bipolar e tdah na infância: Desafios na prática clínica*. Jornal brasileiro de psiquiatria. São Paulo, v.56, p. 23, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S004720852007000500005>>. Acessado em: 06/10/2017.

MORENO, Ricardo A.; MORENO, Doris H.; RATZKE, Roberto. *Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar*. v.32. s.1, p.348. São Paulo: *Revista de psiquiatria*, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832005000700007>>. Acessado em: 10/04/2017.

SAFANELLI, Camila; RODRIGUES, Jéssica K.; CYRINO, Luiz A. R. *Relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas: uma revisão bibliográfica*. . v. 12. n. 23. 2012. São Paulo: Revista contexto e saúde, 2012.

SILVA, Antonio M.; REIS, Valeria C. dos; ARAUJO, Atanásio. *Transtorno Afetivo bipolar: representação social dos alunos do primeiro e último termos dos cursos de graduação em saúde*. 2012. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Centro Universitário Católico Salesiano, Lins, 2012. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptpt&q=transtorno+afetivo+bipolar+%3a+representa%3%87%3%83o+social+dos+alunos+do+primeiro+e+%3%9altimo+termos+dos+cursos+e+gradua%3%87%3%83o+em+s+%3%9ade&btnG=&>>. Acessado em: 20/03/2017.

SORDI, J. *Entenda o que é e como lidar com a bipolaridade na infância*. 2015. Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-estilo/vida/noticia/2015/06/entenda-o-que-e-e-como-lidar-com-a-bipolaridade-na-infancia-4784945.html>>. Acessado em: 03/11/2016.

TUNG, Teng C.. *Enigma Bipolar: consequências, diagnósticos e tratamento do transtorno bipolar*. São Paulo: Mg Editores, 2007.154 p.

VIANNA, Renata R. A. B.; CAMPOS, Ângela A.; FERNANDEZ, Landeira J. *Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão*. v.5, v.1, p. 46. Revista Brasileira de terapias cognitivas, 2009. Disponível em: <[http://epsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872009000100005&script=sci_ abstract](http://epsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872009000100005&script=sci_abstract)>. Acessado em: 09/04/2017.

WAGNER, Cláudio J. *Transtorno de humor bipolar: A importância do diagnóstico precoce na infância e na adolescência*. v.1, n.1. p. 28/38. São Paulo: Revista de psicologia da Imed 2009. Disponível em: < <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/issue/view/5>>. Acessado em: 14/04/2017.

YACUBIAN, Juliana; NETO, Francisco L. *Psicoeducação Familiar*. v.3. n.2. p. 98/108. Curitiba: Revista saúde, família e desenvolvimento, 2001. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/view/5047/3816>>. Acessado em: 12/11/2017.

YOKOTA, Marília. *A experiência de melhora dos sintomas através da arte terapia em adolescentes com depressão refratária*. Tese da Faculdade de Medicina de São Paulo (Doutorado em Ciências), São Paulo, 2003, 137 f. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-01102014-120213/.../MariliaYokota.pdf>. Acessado em: 02/11/2017.