



Volume 4, número 2, ano 2021

REVISTA DE EDUCAÇÃO INVEST

O TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA E SEU DESENVOLVIMENTO PESSOAL E EDUCATIVO

Cristiany Corona Gatte¹

RESUMO

O Transtorno Bipolar é uma doença que se caracteriza pela frequente alteração do comportamento, onde num momento ocorrem episódios de euforia, enquanto que subitamente podem ocorrer momentos depressivos. Este quadro vai se agravando com o passar dos anos, os episódios repetem-se com intervalos menores. A criança com transtorno bipolar pode apresentar oscilações no seu estado de humor, atrapalhando muito o andamento de sua vida, seu desenvolvimento escolar, suas relações pessoais e afetivas, e familiares. Dentro do âmbito escolar, o acompanhamento psicopedagógico parte das questões investigadas no diagnóstico. Através de atividades variadas pretende-se vencer os obstáculos que se impõem ao processo de aprendizagem para que a criança possa retomá-lo com maior autonomia e sucesso. O trabalho psicopedagógico visa desencadear novas necessidades, de modo a provocar o desejo de aprender e não somente uma melhoria no rendimento escolar. Durante o acompanhamento são estabelecidos contatos periódicos com a equipe escolar (coordenador e professores) e responsáveis pela criança, visando maior integração entre terapeuta-escola-família. Dentro deste contexto, este estudo tem como objetivo demonstrar o Transtorno Bipolar na Infância suas causas e consequências no desenvolvimento pessoal, psicológico e educativo da criança, para isso, será apresentado diversos conceitos sobre o que vem a ser o Transtorno Bipolar, um caso envolvendo esse tipo de transtorno buscando promover maior compreensão e trazer maiores conhecimentos e informações a esse respeito.

Palavras-chave: Transtorno Bipolar; Diagnóstico e Tratamento; Rendimento escolar

¹ Graduada em Pedagogia, Pós-graduada em Psicopedagogia Institucional e Empresarial pela Faculdade Castelo Branco, Pós-graduada em Psicopedagogia Clínica e Institucional do Instituto de Ensino Superior – FAIPE, Pós-graduada em Educação Especial e Inclusão - FIAVEC

ABSTRACT

Bipolar disorder is a disease that is characterized by frequent changes in behavior, where a moment occurring episodes of euphoria, as that can occur suddenly depressive moments. This framework will worsen over the years, the episodes are repeated at shorter intervals. The child with bipolar disorder may show fluctuations in his mood, very disturbing the progress of your life, I s school development, their personal and emotional relationships, and family. Within the school setting, monitoring psychopedagogic of the issues investigated in diagnosis. Through various activities intended to overcome the obstacles that are necessary to the learning process so that the child can resume it with greater autonomy and success. The psycho-pedagogical work aims at opening new needs, so as to cause the desire to learn and not only an improvement in school performance. During follow-up are established regular contact with the school team (coordinator and teachers) and responsible for the child, seeking greater integration between therapist-school-family. Within this context, this study aims to demonstrate the Bipolar Disorder in Childhood its causes and consequences on personal, psychological and educational development of the child, for it will be presented different concepts of what comes to Bipolar Disorder, a case involving this type of disorder seeking to promote greater understanding and bring greater knowledge and information about it.

Keywords: Bipolar Disorder; Diagnosis and treatment; School performance.

1. INTRODUÇÃO

A psicopedagogia institucional é uma área relacionada com os problemas de aprendizagem em instituições como hospitais, empresas e escolas. Um psicopedagogo que trabalha na área institucional tem como objetivo assistir e capacitar outros profissionais para melhorarem as suas capacidades de ensino e de aprendizagem, fortalecendo a instituição como consequência do seu trabalho.

O papel do psicopedagogo numa instituição consiste em diagnosticar através de um processo investigativo, as causas que podem estar impedindo o curso regular da aprendizagem institucional, a circulação do conhecimento, o papel das lideranças e dos liderados, bem como os motivos que podem levar ao insucesso organizacional.

A Psicopedagogia clínica procura compreender de forma global e integrada os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais, orgânicos e pedagógicos, que interferem na aprendizagem, a fim de possibilitar situações que resgatem o prazer de aprender em sua totalidade, incluindo a promoção da integração entre pais, professores, orientadores educacionais e demais especialistas que transitam no universo educacional do aluno.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O tipo de pesquisa que foi desenvolvida, ou seja, o método ou procedimento mais amplo de raciocínio. Portanto, a metodologia é o conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática. Que, segundo Lakatos (2003, p.221),

Constitui etapas mais concretas da investigação, com finalidade mais restrita em termos de explicação geral dos fenômenos menos abstratos. Pressupõem uma atitude concreta em relação ao fenômeno e estão limitadas a um domínio particular.

Para elaboração deste trabalho utilizei a pesquisa qualitativa que é descritiva, as informações obtidas não podem ser quantificáveis. Os dados obtidos são analisados indutivamente, onde a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (1994, p.21),

Responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Em seguida realizei uma pesquisa bibliográfica correspondente ao manuseio de obras literárias, quer impressa, quer capturada via internet. E a documental que, apesar de ser parecida com a bibliográfica, sua diferença está na natureza das fontes. Trata-se fundamentalmente da análise de documentos de arquivos que, podem receber outras interpretações, mas que sejam pertinentes ao assunto em estudo.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Conceito e definição do Transtorno Bipolar (TB)

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2011), os transtornos do humor não são uma novidade já que alterações nas emoções têm sido relatadas em manuscritos tanto da Grécia como da Pérsia antiga. Cabe ressaltar que desde a primeira descrição da insanidade maníaco-depressiva o conceito de transtorno bipolar mudou consideravelmente ao longo dos últimos séculos e mudará novamente nas próximas edições do Manual Estatístico para Diagnóstico (DSM-5) e da Classificação Internacional das Doenças (CID-11).

O transtorno bipolar é comum, tem apresentações clínicas complexas, causa prejuízo funcional no paciente e sua família e cursa com elevada morbidade e mortalidade. Não é de surpreender que atualmente haja uma vasta literatura de pesquisa e que nas últimas duas décadas tenha se dado ênfase na compreensão da sua complexidade clínica, curso, causas e fatores psicossociais associados assim como em diversas modalidades de tratamento. (ABP, 2011)

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2011), o foco principal do tratamento da doença é o paciente. A doença se manifesta precocemente justamente na fase formativa da vida e o impacta na esfera cognitiva e emocional do desenvolvimento, o que se traduz, muitas vezes, em dificuldades interpessoais, educacionais e financeiras que potencialmente deixam sequelas ao longo da vida da pessoa.

Por trás do indivíduo, a doença também impacta a família e os amigos do paciente, produzindo um enorme ônus tanto para a pessoa afetada e para a comunidade como um todo. Os pacientes tendem a vivenciar sua doença com culpa e vergonha, algumas vezes negando sua existência ou munidos da falsa crença da cura espontânea. (ABP, 2011).

Devemos tratar a doença e não apenas suas fases ou seus sintomas, considerar a relação custo-benefício das intervenções utilizadas em função de eficácia, tolerabilidade e particularmente da sua eficiência no “mundo real”. Entretanto, a maioria dos tratamentos disponíveis até o momento continua imprecisa quer seja por eficácia incompleta ou por efeitos colaterais que limitam sua tolerabilidade.

Em função disto e pela ausência de uma cura muitos pacientes questionam a necessidade de um tratamento para a doença bipolar. Determinado número deles têm a impressão que alguns tratamentos e intervenções o fazem se sentir “diferente” ou que tiraram alguma característica da sua personalidade. (ABP, 2011).

A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2011), lembra que se trata de uma doença crônica e sem cura que requer de tratamento para a vida toda, na grande maioria dos casos, incluímos aspectos de prevenção primária para pessoas em risco (como por exemplo, filhos e parentes de pacientes afetados) e prevenção secundária adequada englobando aspectos da medicação, das intervenções psicossociais e da importância da adesão ao tratamento como um todo.

3.1.1. Sua caracterização na infância

De acordo com Fu-I (2004), o reconhecimento de sintomas depressivos ou de (hipo)mania em crianças costuma ser difícil, principalmente porque estas podem ter dificuldade em reconhecer e nomear seus próprios sentimentos. A baixa prevalência também pode ser devido ao fato de que as características consideradas atípicas em adultos parecem ser regra e não exceção em crianças e, por isso, muitos profissionais nem chegam a incluir o TAB como possibilidade de diagnóstico quando avaliam uma criança.

Para definição de diagnóstico aconselha-se que as crianças tenham seus quadros clínicos bem descritos. E com avaliação cuidadosa e sistematizada de todos os sintomas, verificando a frequência de ocorrência e o grau de comprometimento de cada sintoma. (FU-I, 2004)

O seu aspecto clínico, de acordo com Fu-I (2004, as crianças com TAB podem ser vistas como irritadas mesmo nos momentos de eutímia e a maioria merece diagnóstico de transtorno oposicional-desafiante mesmo em eutímia. Alguns pesquisadores também interpretaram os sintomas de ansiedade das crianças enquanto eutímico como sinal de estado de humor persistentemente anormal associado ao TAB. É frequente o TAB de início precoce ter como a primeira manifestação do transtorno um episódio de depressão.

Outra característica é que crianças frequentemente apresentam mudanças de estado de humor mais rápidas do que os adultos e podem até alternar estado de depressão e de (hipo)mania várias vezes em um mesmo dia. Alerta ainda que, sintomas presentes em transtornos comportamentais com disfunção social como hiperatividade, agressividade e infração de regras sociais também podem estar presente em crianças com TAB. (FU-I, 2004)

3.1.2. O Diagnóstico e Tratamento do Transtorno Bipolar Infantil

a) **Diagnóstico**

De acordo com Moreno et al (2005), o transtorno bipolar (TB) é um dos quadros nosológicos mais consistentes ao longo da história da medicina e as formas típicas (euforia – mania, depressão) da doença são bem caracterizadas e reconhecíveis, permitindo o diagnóstico precoce e confiável.

Nos últimos anos, o interesse nestes quadros aumentou, com maiores pesquisas em diagnóstico, neurobiologia, epidemiologia e tratamento. Apesar disso, a identificação de pacientes pertencentes ao amplo grupo de bipolares, embora de suma importância clínica, social e econômica, e apesar da terapêutica disponível, continua sendo pouco ou tardiamente diagnosticado e inadequadamente tratado. (MORENO et al, 2005).

A maior dificuldade no diagnóstico ocorre em episódios em que há irritabilidade, ideias delirantes paranoides, agitação psicomotora e sintomas depressivos com labilidade afetiva. Quando sintomas depressivos estão presentes em grande quantidade, o quadro é denominado de episódio misto ou até mesmo de depressão agitada. Não há consenso sobre o número de sintomas necessários para esta diferenciação. (MORENO et al, 2005).

Em geral, de acordo com Moreno et al (2005), estes são caracterizados apenas pelo descontrole da impulsividade, sem queixas de aumento de energia, agitação psicomotora ou diminuição da necessidade do sono, e o descontrole da impulsividade também costuma ser maior no TB.

Outro diagnóstico diferencial importante é com a intoxicação ou abstinência de substâncias, já que frequentemente o TB apresenta comorbidade com o abuso ou a dependência de álcool ou outras substâncias. Muitas vezes, o diagnóstico diferencial só é possível por meio de uma pesquisa toxicológica de sangue ou urina.

b) **Tratamento**

De acordo com Moreno et al (2005), nos últimos anos, o tratamento do TB tem avançado consideravelmente com o uso de anticonvulsivantes e, mais recentemente, de antipsicóticos atípicos. Teoricamente, os tratamentos que corrigem a fisiopatologia subjacente à mania melhoram todos os sinais e sintomas associados à elevação patológica do humor e, até o momento, não se dispõe deste tratamento. O tratamento medicamentoso visa restaurar o comportamento, controlar sintomas agudos e prevenir a ocorrência de novos episódios.

A escolha do tratamento inicial leva em conta fatores clínicos, como gravidade, presença de psicose, ciclagem rápida ou episódio misto e preferência do paciente, quando possível, levando em conta os efeitos colaterais. Critérios clínicos como uso de antipsicótico intramuscular em casos de agitação e maior número de evidências da literatura sobre eficácia também devem ser utilizados para nortear a seleção do medicamento. (MORENO et al, 2005)

3.1.3. A influência do Transtorno Bipolar na Educação

De acordo com Pinto e Zapata (2011), crianças também podem desenvolver o distúrbio bipolar, porém sua sintomatologia apresenta-se atípica, com manifestação de agressividade gratuita, seguida de períodos de depressão e comportamentos destrutivos. A ocorrência do transtorno nessa fase, afeta, seriamente, o desenvolvimento e o crescimento emocional dos pacientes, estando relacionado a dificuldades escolares, comportamento de alto risco e tentativas de suicídio.

Segundo Pinto e Zapata (2011 apud Tiradentes et al., 2009), na maioria das vezes, a criança com alguma doença mental psiquiátrica é considerada pela escola como um aluno problema, sofre e faz sofrer os que estão ao seu redor, nem sempre é diagnosticada e sequer tratada.

Como já se sabe, grande parte das doenças psiquiátricas tem tratamento, o que traria tanto à criança quanto aos que convivem com ela, uma significativa diminuição do sofrimento, uma perspectiva saudável em relação ao seu desenvolvimento social, psíquico- emocional e intelectual e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida, tendo em vista que esta é uma fase de extrema importância na formação da personalidade do futuro adulto.

Em Pinto e Zapata (2011 apud National Institute Of Mental Health, 2008), os sintomas acima mencionados, nas crianças e adolescentes, se fazem sentir no ambiente escolar através de comportamentos diferentes como: choros e reclamações inexplicáveis, intenções e esforços para fugir de casa ou da escola, comunicação deficiente, isolamento social, extrema sensibilidade à rejeição ou fracasso ocasionando faltas constantes às aulas e baixo desempenho escolar. Tais atitudes incomuns geram mudanças repentinas de humor e energia e interferem sensivelmente no relacionamento normal e saudável da criança com seus pares.

Acredita-se na importância vital do educador em reconhecer alguns sinais diferentes em seu aluno, podendo percebê-lo como alguém que está doente e necessita de tratamento, e não simplesmente, como um aluno problema. Muitas crianças com doenças mentais passam despercebidas pela escola; o professor nota alterações comportamentais, mas sem experiência para identificá-las. (PINTO e ZAPATA, 2011),

Pinto e Zapata (2011) ressaltam que, é de suma importância o papel do professor contribuindo, efetivamente ao perceber mudanças significativas no comportamento de seu aluno, levando ao conhecimento dos superiores e, se necessário, solicitando encaminhamento a um profissional especializado. Quanto ao tratamento, ele poderá acompanhar o tratamento, mantendo sempre um diálogo, trocando informações, já que as crianças passam grande parte do tempo na escola.

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

No espaço escolar é de suma importância a conscientização dos pedagogos e profissionais da educação, no sentido de observar, minuciosamente, comportamentos e aquisições intelectuais de crianças e adolescentes. Despertar todos os sentidos e sensibilidade para que o projeto pedagógico não se restrinja apenas à construção de conceitos, mas promova, a contento, o desenvolvimento integral da criança bipolar, e sua convivência harmoniosa no ambiente escolar, na família e na sociedade. (PINTO e ZAPATA, 2011)

3.1.4. A atuação da Psicopedagogia com crianças com TB

De acordo com Mussallan (2010, apud Barbosa, 1998) a intervenção psicopedagógica surgiu devido a importância da aprendizagem como um movimento que se dá dentro do que se aprende, ou seja, resultado de um significativo. A ação psicopedagógica lida com alguns fenômenos cognitivos. Sendo uma situação na qual o aprendiz traça uma meta e se compromete como autor, para tal ele planeja, executa, avalia, conclui e reelabora o produto realizado.

A psicopedagogia trabalha com a aprendizagem humana, seu surgimento ocorreu devido à demanda do problema de aprendizagem. Assim, seu campo de conhecimento e atuação está ligado a Saúde e Educação. Ela busca sempre considerar os aspectos patológicos e padrões normais, considerando sempre a influência do meio em que o sujeito está inserido. (MUSSALLAN, 2010 APUD VISCA, 1991).

Na aprendizagem escolar existem diversos elementos que contribuem para o sucesso do desenvolvimento escolar que são: o aluno, o professor e a situação da aprendizagem. Para que esse processo ocorra, é necessária uma interação entre cognição, afetividade e ação. Assim, é nesse parâmetro que a Psicopedagogia irá trabalhar como forma de intervenção. (Mussallan, 2010).

Entre as formas de intervenção psicopedagógica sugere-se a organização de turmas para o trabalho em grupo, juntando alunos que aprendem com facilidade e alunos que apresentem dificuldades de aprendizagem, para que através do outro ele possa compreender de uma forma diversificada.

Para que a atuação psicopedagógica ocorra propõe-se: escutar, olhar, deter-se nas fraturas do discurso, observar e relacionar com o que aconteceu previamente à fratura, descobrir o esquema de ação subjacente, ou seja, busca-se a repetição dos esquemas de ação, e interpretar a operação mais do que o conteúdo. (MUSSALLAN, 2010)

De acordo com Mussallan (2010), denomina-se atuação psicopedagógica as estratégias que visam à recuperação, ou melhor, desenvolvimento dos conteúdos prejudicados gerando um déficit nos procedimentos de orientação de estudos e atividades como brincadeiras, jogos de regras e dramatizações realizadas na escola e na sociedade. Tendo como objetivo promover a plena expressão da afetividade e o desenvolvimento dos aspectos cognitivos, psicológicos e pedagógicos, sendo essas provenientes ou não dificuldades de aprendizagem.

É nesta condição que, se tem uma ideia ampla sobre o papel do psicopedagogo, sabendo-se que a intervenção advém da necessidade do conhecimento de alternativas para a resolução dos problemas e, principalmente, na construção de um diagnóstico preciso. E para que tais ocorram e forma objetiva se faz o uso de alternativas dinâmicas, capazes de transmitir conhecimentos e aprendizagem de uma forma prazerosa. (MUSSALLAN, 2010)

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando fundamentar e proporcionar ainda mais compreensão acerca do Transtorno Bipolar na Infância, tema deste estudo, será apresentado o caso de M. 13 anos, publicado na Rev. Psicologia da IMED, vol.1, n.1, 2009 tendo como autor Cláudio Joaquim Paiva Wagner, na íntegra da forma como segue:

M., 13 anos, acompanhado da mãe, comparece à consulta, por apresentar conduta agressiva em relação aos familiares. Durante a entrevista, diz gostar muito de armas. Tem andado com faca ou canivete para se defender das pessoas. Não têm amigas.

Relata que “sua única amiga é sua cachorra, que é brava, de porte grande, agressiva e com o céu da boca preto”. Gostaria de ter uma cachorra “Fila”, porque “até a língua é preta”. Implica muito com uma prima de três anos de idade, ameaçando-a de espancá-la. Quando questionada sobre o porquê da agressividade para com a sua prima, afirma apenas não gostar dela. Segundo relato da mãe, M., ultimamente, tem-se isolado, falando apenas o necessário com os familiares. É muito desconfiada e apresenta dificuldades de conciliar o sono.

O diagnóstico foi de um episódio depressivo com sintomas psicóticos, porém uma esquizofrenia do tipo paranóide não tinha sido totalmente descartada. A menina foi tratada, inicialmente, com um antipsicótico, mais especificamente com haloperidol 5mg, dois comprimidos ao dia, biperideno 2 mg, dois comprimidos ao dia e com um antidepressivo inibidor seletivo de recaptação de serotonina (fluoxetina 20 mg), uma cápsula ao dia e psicoterapia de apoio semanal. Passados quatro meses de tratamento, a paciente passou a apresentar sintomas que até então não tinham aparecido.

Ficou mais falante do que o habitual – hiperativa, chamando a atenção de todos, ao contar piadas, rindo de modo exagerado e implicando com os familiares através de tapas e empurrões. Apesar das reclamações dos pais, fazia brincadeiras inadequadas, como desligar repetidas vezes o disjuntor de luz quando eles estavam tomando banho. Demonstrava, também, dificuldades em acatar ordens, mantendo-se insone e ainda muito irritada. Foi, então, suspenso o antidepressivo e mantido o antipsicótico e, também, solicitados os exames laboratoriais e uma avaliação cardiológica.

O tratamento com um estabilizador do humor foi iniciado, utilizando-se o carbonato de lítio 300mg, dois comprimidos ao dia porque a família não apresentava condições financeiras de usar outro tipo de medicamento em função do alto custo dos mesmos. Os pais foram orientados, bem como a paciente, sobre o seu problema e sobre os cuidados que eles tinham que ter com a medicação e o tratamento. A primeira litemia foi de 0,35 mEq/l. A litemia ideal é de 0,6 a 1,3 mEq/l. A dose de carbonato de lítio foi aumentada para três comprimidos ao dia. Os exames de laboratório não evidenciaram alterações no hemograma, na uréia, creatinina e nas provas de função da tireóide.

A avaliação cardiológica não apresentou problemas e o ECG foi normal. A segunda litemia mostrou um lítio de 0,61 mEq/l. A menina, ainda, apresentava-se sintomática, com raiva e agressividade verbal, vinha às consultas uma vez por semana. O carbonato de lítio foi, então, aumentado para quatro comprimidos de 300mg ao dia. Já a próxima litemia foi de 1,0 mEq/l. Clinicamente, a paciente melhorou, tornando-se mais fácil manejá-la e orientá-la.

Em seus estudos Wagner (2009), conclui que no caso apresentado, os sintomas maníacos iniciaram após o uso de antidepressivos. Sabe-se que pacientes em uso de antidepressivos podem apresentar uma reação adversa conhecida como virada maníaca, sendo mais bem diagnosticados, nesse caso, como portadora de um transtorno mental induzido por substância, mas somente a evolução da paciente poderá definir se ela será portadora ou não de THB.

No caso da paciente acima, de acordo com Wagner (2009), após ela ter suspenso o tratamento por um período de mais de seis meses, retornaram com sintomas maníacos clássicos, confirmando o diagnóstico de bipolaridade do tipo I, pois apresentava sintomas maníacos acompanhados de sintomas psicóticos sem estar em uso de antidepressivos, confirmando os

dados de pesquisa, nos quais o episódio depressivo ocorre geralmente antes de um episódio maníaco.

O carbonato de lítio foi o estabilizador do humor utilizado para o tratamento deste paciente em função de ter um custo mais acessível, mas, também, por ser uma medicação eficaz no tratamento do THB Infantil. Existe uma limitação na prescrição de medicamentos estabilizadores de humor mais recentes em função do alto custo dos mesmos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o Transtorno Bipolar é uma doença muito séria e que, afeta profundamente as crianças trazendo sérios prejuízos sociais, comportamentais e educacionais, bem como, dificuldades familiares, caso não seja tratada precocemente e adequadamente. Muitas crianças com esse tipo de doença demonstram prejuízo em seu rendimento escolar, chegando até a abandonar a escola devido as dificuldades de relacionamento.

Essas consequências em virtude de a criança possuir o Transtorno Bipolar irão depender de fatores como, a idade, a gravidade, a quantidade dos episódios, do tratamento adequado, e principalmente, do apoio familiar.

O diagnóstico do transtorno bipolar em crianças baseia-se exclusivamente na avaliação clínica do paciente, onde tem como fonte de informação seus familiares ou a própria criança. No entanto, é na escola que algumas informações são colhidas com mais frequência, através de relatos de seus amiguinhos de sala e do professor, que convivem diária e diretamente com estas crianças.

Esses relatos são oriundos da observação das mudanças e alterações de atitudes e comportamentos associado a outras características, porém, o seu tratamento deve inicialmente passar por uma avaliação detalhada da criança quanto ao seu comportamento em família e na escola, que é fundamental, pois o diagnóstico preciso é muito importante para se chegar a iniciação do tratamento terapêutico e medicamentoso.

Assim sendo, conclui-se que este estudo proporcionou o fortalecimento entre teoria e prática baseado no princípio metodológico de que o desenvolvimento de competências profissionais implica em utilizar conhecimentos adquiridos, quer na vida acadêmica quer na vida profissional e pessoal. Portanto, constitui-se em importante instrumento de conhecimento e de integração do aluno na realidade social e do trabalho em sua área profissional como futura Psicopedagoga Clínica e Institucional.

6. REFERÊNCIAS

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria. Transtorno Bipolar. Rev. Debates em Psiquiatria, Set/Out 2011. Disponível em <www.abp.org.br> acessado em 21/04/2016.

FU-I, Lee. Transtorno afetivo bipolar na infância e na adolescência. Rev. Bras Psiquiatr 2004; 26(Supl III):22-6. Disponível em <<http://www.scielo.br>> acessado em 21/04/2016.

MORENO, R. A; MORENO, D. H; RATZKE. R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. Rev. Psiq. Clín. 32, supl. 1; 39-48, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br>> acessado em 23/04/2016.

PINTO, Eliane Aparecida Toledo; ZAPATA, Luciane Maria Garcia. Transtorno bipolar e os reflexos na educação básica. Mimesis, Bauru, v. 32, n. 2, 2011. Disponível em <<http://www.usc.br/biblioteca/mimesis>> acessado em 23/04/2016.

WAGNER, Cláudio Joaquim Paiva. Transtorno do Humor Bipolar na Infância e na Adolescência. Rev. Psicologia da IMED, vol.1, n.1, 2009. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5154997.pdf>> acessado em 25/04/2016.

MUSSALLAN, Fernanda Limeira. Projeto de Trabalho: Uma forma de intervenção psicopedagógica em crianças com dificuldades de aprendizagem. Trabalho apresentado à Universidade Cândido Mendes – Pós-graduação em Psicopedagogia, Rio de Janeiro, Fevereiro/2010. Disponível em <<http://www.avm.edu.br>> acessado em 25/04/2016.