

Morbidade psiquiátrica em crianças com alterações neurológicas

Rodrigo Vidovix da Rocha Duran^a e Robert Goodman^b

^aDepartamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. ^bChild and Adolescent Psychiatry Department, Institute of Psychiatry at the Maudsley, London, UK

Introdução

As manifestações psiquiátricas das alterações cerebrais em crianças constituem uma área interessante e vasta, porém pouco explorada e até mesmo evitada, tanto por psiquiatras como por neurologistas. A compreensão das relações entre o funcionamento cerebral e os problemas de comportamento na infância é particularmente incipiente, em parte devido às próprias limitações da psiquiatria e da neurologia da infância. Ainda pouco se conhece sobre a classificação, a etiologia, o curso e o manejo dos transtornos psiquiátricos da infância. A situação (talvez cause surpresa a alguns saber) não é melhor para os transtornos neurológicos da infância: a classificação das epilepsias, por exemplo, tem mudado repetidamente e a existência e o *status* nosológico de algumas síndromes têm sido questionados. Os maiores avanços de pesquisa na área dos transtornos neurológicos da infância, até o presente momento, referem-se à bioquímica e à genética das doenças neuromusculares, porém como muitas dessas são raras, foram poucos os avanços alcançados em seu manejo clínico e neurocirúrgico. Ainda é difícil entender os achados sobre o funcionamento cerebral nas diversas realidades clínicas.

Lesão cerebral *versus* transtorno psiquiátrico

Quanto às alterações cerebrais que ocorrem em crianças, vale lembrar que não são apenas do tipo lesional. A idéia de lesão sugere que o cérebro se desenvolveu adequadamente por um determinado período até que um evento ocorresse, causando danos estruturais; o que é verdade em algumas situações, como a hidrocefalia após meningite e a epilepsia após traumatismo craniano. Entretanto, as alterações cerebrais podem acontecer também devido a fatores genéticos (mutações novas ou alterações cromossômicas), sendo assim importante, ao analisar um caso, não partir sempre do princípio de que houve algum dano e que antes o cérebro não apresentava alterações. Outro equívoco é assumir que os problemas neuropsiquiátricos são irreversíveis porque as lesões neurológicas o são. Dar conotação de irreversibilidade aos problemas neuropsiquiátricos pode ser potencialmente prejudicial para o entendimento de alguns casos clínicos, assim como para o manejo destes. Por exemplo, não é incomum crianças deixarem de ser epiléticas com o crescimento e, às vezes, observa-se reversão da paralisia cerebral devido ao processo de crescimento.¹ As alterações cerebrais reversíveis podem originar-se não das anormalidades neuronais permanentes, mas dos atrasos ou das precocidades

na maturação neuronal. São bastante conhecidas no meio médico as teorias que enfatizam os traumas no nascimento como causas das alterações neurológicas em crianças, especialmente da epilepsia e da paralisia cerebral. Complicações obstétricas e neonatais são comuns, mas geralmente inócuas. Segundo Freeman e Nelson,² mesmo complicações graves não costumam ser prejudiciais, sendo que, das crianças com paralisia cerebral que apresentaram intercorrências durante o parto, muitas tinham malformações congênitas ou microcefalia, sugerindo que esses fetos já estavam alterados antes do nascimento. Para a epilepsia, os fatores de risco pré-natais são mais importantes do que os perinatais. Complicações obstétricas e neonatais também não costumam causar danos cerebrais mínimos, que seriam percebidos somente por dificuldades de linguagem e de comportamento (como as complicações obstétricas e as alterações de linguagem e comportamento são eventos frequentes na população, a presença concomitante de ambos pode ser devida ao acaso e não ter significado etiológico). A teoria do “trauma obstétrico” mostra que as teorias neurológicas são tão sujeitas a erros quanto as teorias psiquiátricas.

Como reconhecer um defeito de “hardware”?

Tomando o computador como modelo para explicar o que acontece com a criança, por analogia, poderíamos pensar em três tipos de alterações, ocorrendo de forma isolada ou combinada. Se um computador não está funcionando bem, podemos supor a existência de três tipos de problemas: 1) o computador não está sendo usado apropriadamente; 2) há um problema de “software”, na maneira como o computador foi programado; ou 3) há um problema de “hardware”, uma falha no circuito eletrônico. Assim, para a criança podemos pensar que: 1) seu universo social está lhe criando demandas inapropriadas; 2) aprendeu e internalizou modos desajustados de interagir com o meio; ou 3) tem um cérebro alterado. É uma simplificação excessiva, mas pode ser útil como ponto de partida para o entendimento do que acontece com a criança. Pais e profissionais em geral compartilham o interesse em identificar os “defeitos de hardware” nas crianças, na tentativa de encontrar uma explicação tranquilizadora, que nem sempre leva em conta a dificuldade que é fazer tal diferenciação. Os dados mais convincentes são os que revelam a presença de alterações evidentes a partir da investigação neurológica clínica e laboratorial. Por exemplo: história inequívoca de crises epiléticas, sinais de diplegia espástica, eletro-

encefalograma (EEG) inequivocamente alterado e lesões focais visíveis através de tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética. A imaturidade do desenvolvimento motor por si só não prova que existe algo de errado com o cérebro. A exposição a eventos potencialmente danosos ao cérebro, como encefalite, traumatismo craniano e altas doses de irradiação no crânio pode ser um indício; porém, mesmo indivíduos de um grupo de alto risco podem escapar ilesos. Além disso, indivíduos com alterações psiquiátricas prévias geralmente se expõem mais a eventos de risco; e, também, mudanças no comportamento podem estar mais relacionadas a reações negativas dos pais frente ao evento ocorrido com a criança (superproteção, afrouxamento da disciplina, etc.) do que ao trauma biológico propriamente dito, ou seja, à agressão sofrida pelo cérebro da criança. Há muitas evidências de que fatores genéticos estão envolvidos em pelo menos algumas doenças psiquiátricas da infância, porém a associação entre herança genética e problemas de comportamento pode ser resultado de fatos que nada têm a ver com a rede neuronal cerebral. Por exemplo, genes para cor de pele, baixa estatura e obesidade, dependendo da sociedade em que a criança se encontra, podem favorecer a rejeição social e, conseqüentemente, os problemas de comportamento. Quando a criança cresce em um ambiente aparentemente favorável, na escola e em casa, é tentador supor que o problema tenha uma origem biológica, porém esse é um argumento pouco consistente, já que a ausência de evidência de causas psicossociais não é prova de sua inexistência. A presença de uma síndrome comportamental específica é muitas vezes tida como evidência suficiente de que a criança tem um cérebro anormal; contudo, poucas síndromes comportamentais estão associadas, com evidências independentes, a anormalidades cerebrais (exceção feita à demência progressiva, ao retardo mental grave e, talvez, ao autismo).

A presença de lesão cerebral aumenta o risco para transtornos psiquiátricos?

Até recentemente, não existiam evidências conclusivas da associação entre alterações cerebrais (alterações neurológicas inequívocas) e problemas de comportamento na infância. Antes do estudo da ilha de Wight, conduzido por Rutter, Graham e Yule,³ as hipóteses baseavam-se na observação clínica, pois não havia evidência derivada de estudos populacionais com crianças realizados com rigor metodológico. Nessa pesquisa, demonstrou-se que a taxa de transtornos psiquiátricos em crianças com alterações cerebrais (paralisia cerebral e epilepsia idiopática) era substancialmente maior do que a observada em crianças sem problemas físicos ou em crianças com problemas físicos que não afetavam o cérebro, mas que eram incapacitantes

ou estigmatizantes – diabetes, surdez, etc. (Tabela 1).³ Associações também foram encontradas entre problemas neurológicos e dificuldades de leitura. As crianças com alterações cerebrais têm probabilidade pelo menos duas vezes maior de desenvolver problemas psiquiátricos, independentemente de fatores como inteligência (QI), nível social ou limitações físicas. Alterações estruturais no cérebro têm mais impacto no risco para problemas psiquiátricos do que as epilepsias não complicadas. Entre as crianças com epilepsia não complicada, o risco varia de acordo com o tipo de crise, sendo a epilepsia do lobo temporal a que acarreta maior risco. Crianças com alterações estruturais cerebrais e epilepsia têm maior probabilidade de apresentar problemas psiquiátricos que aquelas com apenas alterações estruturais.

O risco é maior para quais transtornos psiquiátricos?

A presença de alterações neurológicas não é um fator inteiramente inespecífico, que aumentaria o risco para a presença de todos os transtornos psiquiátricos, seguindo a distribuição desses na população geral. Das crianças sem quaisquer alterações neurológicas, porém com transtornos psiquiátricos, a maioria (98%) apresenta transtorno da conduta, transtorno das emoções (afetivo ou de ansiedade) ou uma combinação dos dois. Esses também são os transtornos mais comuns nas crianças com epilepsia e/ou paralisia cerebral, porém, essas crianças apresentam particularmente uma maior incidência de hiperatividade (Tabela 2). Há vários estudos mostrando associações entre determinadas anormalidades cerebrais e transtornos psiquiátricos específicos (ex. coreia de Sydenham e transtorno obsessivo-compulsivo; anormalidades no desenvolvimento do lobo temporal esquerdo e esquizofrenia do adulto).

Os fatores de risco comuns também são relevantes!

Na clínica, é importante lembrar que crianças com alterações neurológicas também estão sujeitas aos fatores de risco mais comuns na população, ou seja, não estão imunes a situações de risco como a de pertencer a uma família desestruturada ou a de ter uma mãe com problemas emocionais. Assim, a taxa de transtornos psiquiátricos na população de crianças com problemas neurológicos, que é uma população de risco, pode ser reduzida se diminuído o número dos fatores de risco presentes.

Tabela 1 – Prevalência de transtornos psiquiátricos em diferentes grupos de crianças segundo o estudo da ilha de Wight.³

Grupos de crianças	Prevalência
População geral	7%
Doenças crônicas não neurológicas	12%
Epilepsia não complicada	29%
Lesão cerebral estrutural (QI>50)	44%

Tabela 2 – Tipos de transtornos psiquiátricos em diferentes grupos de crianças segundo o estudo da ilha de Wight.³

Grupos de crianças	Transtornos da conduta	Transtornos emocionais	Transtornos mistos	Hiperatividade	Transtornos perversivos do desenvolvimento
Sem alteração neurológica cerebral (n=111)	37%	38%	23%	1%	1%
Epilepsia idiopática (n=18)	33%	44%	17%	6%	0%
Lesão cerebral estrutural (QI>50) (n=16)	19%	25%	25%	19%	12%

Por outro lado, estudos prospectivos mostram que várias crianças com alterações cerebrais desenvolvem problemas psiquiátricos, mesmo em ambientes saudáveis. É importante ter esse dado em mente para atender melhor os pais de crianças com problemas neurológicos, que mesmo proporcionando um ambiente saudável, se culpam por não terem sido capazes de evitar problemas de saúde mental em seus filhos.

Manejo dos transtornos psiquiátricos em crianças com alterações neurológicas

Os transtornos psiquiátricos em crianças com alterações neurológicas devem ser tratados da mesma forma que os encontrados em crianças neurologicamente preservadas. Tratamentos biológicos não são mais nem menos úteis do que as práticas psiquiátricas comuns. Não há, por exemplo, nenhuma base empírica para se tratar uma criança com transtorno da conduta com carbamazepina, ao invés de terapia comportamental e orientação aos pais, simplesmente porque a criança tem também uma alteração neurológica. As indicações de psicofármacos no tratamento de crianças com transtornos psiquiátricos e alterações cerebrais diferem pouco em relação às práticas habituais. O diagnóstico de epilepsia não é uma forte contra-indicação para o uso de neurólépticos e antidepressivos, mesmo que essas drogas possam aumentar a frequência das crises, já que essas são controladas com o ajuste da dose do anticonvulsivante. As evidências de alterações neurológicas como fator de risco para discinesia tardia induzida por neurólépticos são pouco consistentes. Psicoestimulantes podem ser muito úteis no tratamento da hiperatividade em crianças com alterações neurológicas, apesar do risco de surgirem sintomas depressivos com o uso dessas medicações ser maior do que o observado em crianças hiperativas sem alterações neurológicas. Por fim, em crianças com epilepsia que apresentam problemas de comportamento, a mudança do anticonvulsivante pode algumas vezes ajudar, especialmente quando os níveis tóxi-

cos de fenitoína são reduzidos ou quando fenobarbitúricos são substituídos por carbamazepina.

Conclusão

As manifestações psiquiátricas em crianças com alterações cerebrais são relativamente ainda pouco estudadas. Sabe-se, entretanto, que essas crianças têm probabilidade pelo menos duas vezes maior de apresentar transtornos psiquiátricos, os quais estão mais relacionados às alterações neurológicas em si, especialmente se acompanhadas de lesão cerebral, do que à presença de outros fatores, também relevantes na clínica, como o caráter estigmatizante e/ou crônico do problema neurológico, o déficit cognitivo, o nível socioeconômico baixo ou o ambiente familiar inadequado. O risco é maior para todos os transtornos psiquiátricos da infância, porém encontra-se particularmente aumentado para hiperatividade. Os tratamentos indicados para as crianças com problemas neurológicos e transtornos psiquiátricos são os mesmos recomendados para as crianças com transtornos psiquiátricos e que não apresentam alterações neurológicas. Uma extensa discussão sobre o tema foi publicada previamente por Goodman⁴ e por Goodman e Yude.⁵

Sugestões para leitura

- Bailey A, Cox T. Brain imaging in child and developmental psychiatry. In: Brain imaging psychiatry. Oxford: Lewis & Higgins, Blackwell Science; 1996. p. 301-15.
- Breslau, N. Does brain dysfunction increase children vulnerability to environmental stress? Arch Gen Psychiatry 1990;47:15-20.
- Goodman, R. Neuronal misconnections and psychiatric disorder. Is there a link? Br J Psychiatry 1989;154:292-9.
- Goodman R, Graham P. Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey. Br Med J 1996;312:1065-9.
- Taylor E. Developmental neuropsychiatry. J Child Psychol Psychiatry 1991;32:3-47.

Referências

1. Taudorf K, Hansen FJ, Melchior JC. Spontaneous remission of cerebral palsy. Neuropediatr 1986;17:19-22.
2. Freeman JM, Nelson KB. Intrapartum asphyxia and cerebral palsy. Pediatr 1988;82:240-9.
3. Rutter M, Graham P, Yule W. A neuropsychiatric study in childhood. Clinics in developmental medicine 35/36. London: S.I.M.P./Heinemann; 1970.
4. Goodman R. Brain disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L, editors. Child and adolescent psychiatry: modern approaches. 3rd ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 172-90.
5. Goodman R, Yude C. Emotional, behavioural and social consequences. In: Neville BGR, Goodman R, editors. Congenital hemiplegia: clinics in developmental medicine. London: Mac Keith Press; 2000. p. 166-78.

Correspondência: Rodrigo Vidovix da Rocha Duran

Rua Augusta, 2550, cj 42, Jardim Paulista – 01412-100 São Paulo, SP – Tel.: (0xx11) 3062-2052 – E-mail: vidovix@psiquiatria.epm.br