

SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS EM CRIANÇAS COM SINTOMATOLOGIA DO TRANSTORNO POR DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE

¹Silvia Helena da Silva Maia

*Mayara Wenice Alves de Medeiros

*Patrícia Monalisa de Oliveira Cardoso

*Lúcia Maria de Oliveira Santos

*Alanna de Medeiros Pinheiro

**Eulália Maria Chaves Maia

***Neuza Cristina dos Santos Perez

Departamento de Psicologia - UFRN

Resumo:

O presente estudo tem como objetivo investigar a associação entre queixas físicas recorrentes sem causa médica aparente e sintomatologia do Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ao início da idade escolar. A amostra em estudo é formada por 653 crianças do Ensino Fundamental I das escolas públicas e privadas da Comarca de Osona-Espanha. O desenho de investigação utilizado é de tipo transversal, empregando-se o método de amostragem por conglomerados. Os instrumentos utilizados foram as escalas “Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL 6-18)” e “Child Symptom Inventory-4 (CSI-4)”. O grupo de sintomatologia TDAH é formado pelos escolares que cumpriram o critério de número de sintomas DSM-IV para o mencionado transtorno na escala CSI. O grupo de queixa somática é constituído por aqueles escolares que os pais informaram queixas recorrentes de dores de cabeça, pernas, barriga; problemas nos olhos; alergias cutâneas; náuseas e vômitos sem causa médica na escala CBCL. Para avaliar a relação entre as mencionadas sintomatologias utilizou-se a regressão logística. Esta análise estatística apontou que os escolares com queixas recorrentes de dor de barriga sem causa médica apresentam uma probabilidade no mínimo 1.6 vezes superior de apresentar sintomatologia TDAH do que aqueles sem a mencionada queixa. Não obstante, apesar da ampla bibliografia sobre "queixas somáticas" e TDAH, ainda existe uma lacuna sobre a co-ocorrência de queixas recorrentes de dor de barriga e sintomatologia TDAH. A compreensão do mecanismo envolvido no aparecimento das sintomatologias supracitadas poderia auxiliar na elaboração de estratégias terapêuticas mais eficazes, evitando assim prejuízos ao desenvolvimento biopsicossocial destes indivíduos.

Palavras-chave: idade escolar, queixas somáticas, sintomatologia TDAH

Introdução

¹ Alunas da graduação em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

** Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação: mestrado e doutorado da UFRN, coordenadora do grupo de Pesquisa: Psicologia e Saúde.

***Professora visitante do Departamento de Psicologia da UFRN. Professora do Programa de Graduação e Pós-Graduação da UFRN. Coordenadora da Pesquisa “Epidemiologia dos Transtornos Psicopatológicos infante-juvenis”. Pesquisadora da CAPES pelo PNPd.

Agência Financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – Programa Nacional de Pós-Doutorado (PNPD).

O Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) figura entre os transtornos psicopatológicos infantis mais abordados na literatura. O TDAH se caracteriza por dificuldades relacionadas ao desenvolvimento do autocontrole, o qual se configura como problemas de atenção, de controle dos impulsos e do nível de atividade da criança. Jovens com tais dificuldades são claramente identificados quando postos ao lado de crianças da mesma idade e nível de desenvolvimento sem ditas dificuldades, pois as mencionadas características são muito marcantes (Barkley, 2002). Segundo Barkley (2002) o TDAH tende a se manifestar em fases precoces do desenvolvimento e em distintos contextos. Os mecanismos implicados no aparecimento de dificuldades características do TDAH são multifatoriais, ou seja, parecem estar relacionados a fatores ambientais e/ou sócio-culturais, a irregularidades no funcionamento e desenvolvimento cerebral, bem como a outros fatores biológicos tais como herança genética, traumas e exposição a toxinas.

O DSM-IV (1995, 2002) sugere a existência de três tipos de TDAH: Desatento, Hiperativo/Impulsivo e Combinado. O tipo Desatento é caracterizado por sintomas de desatenção, como o próprio termo já explicita e é mais prevalente em indivíduos do sexo feminino. Tanto o tipo Desatento quanto o Combinado parecem ocasionar maior comprometimento acadêmico. Os indivíduos portadores do tipo Hiperativo/Impulsivo demonstram ter maior número de comportamentos agressivos e, geralmente, desenvolvem maior quantidade de comportamentos agressivos e impulsivos do que nos dois outros tipos. Em decorrência disto, as pessoas consideradas hiperativas/impulsivas são as que mais sofrem de impopularidade e rechaço social por parte de seus colegas. Já o tipo Combinado caracterizado por traços tanto do tipo Desatento como do Hiperativo/Impulsivo acarretará maiores déficits globais quando comparados aos outros dois de forma individualizada (Rohde, Tramontina e Polanczky, 2000).

Estudos apontam a freqüente comorbidade entre o TDAH e outros transtornos psicopatológicos, como o Negativista Desafiante (TND), de Conduta Dissocial (TD). Estes transtornos parecem estar relacionados de maneira hierárquica, apresentando uma progressão gradual e acumulativa de condutas disruptivas. Acredita-se que uma criança que apresenta dificuldades características do TDAH desde a 1ª infância apresenta maior probabilidade em mostrar condutas negativistas e desafiantes em relação às figuras de autoridade, infringindo regras sociais apropriadas à faixa etária, condutas estas características do TND, as quais tendem a evoluir a infrações mais graves das regras sociais, as quais são observadas no TD (Grevet, Salgado, Zeni e Abreu, 2007). Para uma maior compreensão do leitor é importante ressaltar que o TND caracteriza-se por um padrão freqüente de conduta negativista, desafiante, desobediente – sobretudo perante as figuras de autoridade – as quais podem desencadear grande deterioração na vida acadêmica, social e familiar do sujeito. Já o TD se delinea como um padrão contínuo de comportamentos de violação aos direitos básicos de outrem, normas e regras sociais e/ou regras consideradas apropriadas à idade do indivíduo (Grevet et al., 2007), sendo caracterizados por problemas comportamentais.

Por outro lado, as queixas somáticas parecem estar relacionadas às demandas psicossociais individuais. A somatização pode se manifestar como doenças orgânicas ou como distúrbios psicopatológicos (Bombana, Leite, e Miranda 2000). Segundo

Lipowski (1988) não se trataria de um transtorno psiquiátrico ou uma categoria diagnóstica, mas de um conceito geral que pode se apresentar a partir de fenômenos clínicos variados, geralmente associados a transtornos ansiosos e depressivos.

A literatura aponta que quadros clínicos sem causas médicas aparentes, tratados aqui como queixas somáticas, têm sido abordados pela medicina. Geralmente, estas dificuldades físicas e orgânicas têm incompatibilidade com exames laboratoriais, e são atreladas a fatores psicossociais e fatores de stress (Bombana, 2006). O campo das queixas somáticas apresenta algumas lacunas importantes entre a psiquiatria e a clínica médica. Tais lacunas se refletem, inclusive, pela dificuldade acerca de sua nomenclatura: na psiquiatria, atualmente, esses quadros são denominadas como Transtornos Somatoformes (TSs) e na clínica médica como Síndromes Somáticas Funcionais (SSFs). Esta denominação se refere a síndromes caracterizadas mais por sintomas, sofrimento e inabilidades do indivíduo do que a enfermidades físicas específicas, tais como fibromialgia, síndrome do intestino irritável (SII), síndrome da fadiga crônica, lesão por esforço repetitivo (LER), entre outros (Bombana, 2006).

Já no campo da psiquiatria, os TSs podem se subdividir em sete diferentes tipos, catalogados na 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e pelo DSM-IV, os quais são: 1) transtorno de somatização caracterizado por uma longa história de múltiplos sintomas físicos afetando os sistemas orgânicos, mutáveis ao longo do tempo; 2) transtorno somatoforme indiferenciado, marcado por sintomas físicos, porém ocorrendo em um período de tempo mais curto; 3) transtorno hipocondríaco, que se caracteriza pela interpretação errônea de sensações corporais corriqueiras, sendo conotadas pelos pacientes como enfermidades anormais e/ou graves; 4) disfunção autonômica somatoforme caracterizada por queixas objetivas do sistema nervoso autônomo (SNA) as quais ocorrem juntamente com sintomas inespecíficos; 5) transtorno doloroso somatoforme persistente caracterizado por dores intensas e recorrentes não atribuídas a doenças conhecidas; 6) transtorno conversivo o qual afeta os sistemas neurovasculares voluntários e/ou sensorio-perceptivo de forma inespecífica; 7) transtorno dismórfico corporal que se configura por uma preocupação demasiada com defeitos e aparência física (Bombana, 2006).

A prevalência de queixas somáticas em crianças é relativamente grande, sobretudo nas fases da segunda infância à adolescência. Ademais, tais queixas têm grande repercussão em vários âmbitos da vida da criança, inclusive no escolar (Perquin, Hazebroek-Kampschreur, Hunfeld, Bohnen, van Suijlekom-Smit, Passchier e van der Wouden, 2000). Em um estudo realizado por Petersen, Bergström e Brulin (2003), foi observado que aproximadamente 25% das crianças tendem a sofrer, por um período de cerca de 3 meses, de queixas somáticas recorrentes ou contínuas, tais como dores de cabeça, dores abdominais e fadiga. Tais fatores podem comprometer negativamente as atividades da criança, tais como relações sociais com seus pares e até mesmo em hobbies diários (Petersen et al., 2003).

Em geral, os estudos realizados exploram possíveis associações entre queixas psicossomáticas e transtornos de ordem emocional, como os transtornos ansiosos e depressivos (Coelho e Ávila, 2007), denotando assim uma lacuna existente em relação a

estudos que se dediquem a investigar possíveis associações entre recorrentes queixas físicas sem causa médica e transtornos do comportamento, como o TDAH, por exemplo. Assim sendo este estudo destina-se a avaliar esta possível relação ao início da idade escolar.

Método

Primeiramente, para que fosse possível fazer a conceitualização acerca do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, foi realizada de uma pesquisa bibliográfica na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), usando os descritores “TDAH”, “ADHD”, “crianças” e “escola”. Aliado a outras fontes literárias, pôde-se obter de forma sucinta e clara uma definição acerca do TDAH em crianças em idade escolar. Da mesma forma, com vistas a estabelecer o conceito acerca de queixas psicossomáticas no contexto apontado pelo estudo, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a partir da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os descritores “queixas psicossomáticas”, “crianças” e “somatização”.

A partir da revisão bibliográfica, delimitação da problemática e dos objetivos, elaborou-se o desenho de pesquisa. O estudo é de tipo transversal, com amostragem por conglomerados. A amostra é composta por 653 crianças matriculadas no 1º e 2º ano do Ensino Fundamental I das escolas públicas e privadas da Comarca de Osona – Espanha. Os instrumentos utilizados para obtenção de dados foram as escalas: “*Child Behavior Checklist*” CBCL 6-18 (Achenbach, 1991; Achenbach, Dumenci e Rescola, 2001) e “*Child Symptom Inventory-4*” CSI 4 (Gadow e Sprafkin, 2002; Sprafkin e Gadow, 1996). O inventário CBCL 6-18 é voltado para crianças e adolescentes na faixa dos 6 a 18 anos e busca obter dos cuidadores dados acerca dos aspectos sociais e de comportamento das crianças. O questionário é composto por 138 questões, sendo 20 destas voltadas para a avaliação da competência social da criança, tais como passatempos e atividades realizadas pela criança e seu desempenho escolar; e as demais 118 voltadas para a avaliação de possíveis dificuldades comportamentais, incluindo questões acerca da obediência desta em casa e na escola, por exemplo (Borsa e Nunes, 2008). A partir do uso dessa escala foi estabelecido o grupo de queixa somática, sendo formado pelos escolares que apresentaram recorrentes dores de cabeça, nas pernas e barriga, problemas nos olhos, alergias cutâneas, náuseas e vômito. A CSI-4 possui 97 questões, as quais fazem menção a cerca de 15 desordens catalogadas no DSM-IV (Gadow et. al, 2004). A partir do uso dessa escala, os escolares que cumpriram o critério diagnóstico DSM-IV de número de sintomas para o TDAH compuseram o grupo de sintomas de TDAH.

Resultados

Para o tratamento dos dados obtidos, inicialmente foi realizada uma análise descritiva da amostra e posteriormente foi utilizado o modelo de regressão logística, para verificar se a presença de queixas físicas sem causa médica aparente ajuda a explicar a presença de sintomatologia TDAH ao início da idade escolar. No total das 653 crianças, observou-se que 70 delas cumpriram o critério diagnóstico DSM-IV de

número de sintomas para o TDAH. Em relação às queixas somáticas, nove (1.4%) dos 653 escolares apresentaram dores de cabeça; trinta e duas (4.9%) alergias cutâneas; quatro (0,6%) dores nas pernas; onze (1.7%) queixaram-se de problemas nos olhos (alegria, irritação); dois (0,3%) apresentaram náuseas e vômito e nove (1.4%) apresentaram dores de barriga. O único modelo de regressão logística que se mostrou significativo foi em relação à variável independente – dores de barriga sem causa médica (n=9) apesar da proporção de crianças com alergias cutâneas (n=32) ter sido quatro vezes superior. Dessa forma, as crianças que os pais informaram apresentar recorrentes dores de barriga sem causa médica mostraram uma probabilidade pelo menos 1.6 vezes superior de apresentar sintomatologia TDAH, uma vez controlado o efeito do sexo (OR=5.7; IC 95%: 1.6 a 20.6). Tal probabilidade expressa a existência de associação significativa entre estas duas variáveis.

Conclusão

Apesar do número crescente de estudos sobre psicossomática e TDAH, observou-se uma lacuna na literatura relativo a estudos que investiguem a co-ocorrência entre recorrentes queixas físicas sem causa médica e sintomatologia TDAH. Esse dado deflagra a necessidade de pesquisas que se dediquem a estudar os mecanismos implicados no aparecimento dessa condição comórbida.

Estudos que investiguem os mecanismos assim como fatores implicados no aparecimento de comorbidade entre recorrente dor de barriga e dificuldades características do TDAH, em etapas precoces do desenvolvimento, aportarão informação imprescindível à elaboração de programas de prevenção e estratégias de intervenção, evitando assim que estas dificuldades se tornem crônicas e evoluam a transtornos mais sérios em etapas posteriores do ciclo evolutivo.

Referências bibliográficas:

ACHENBACH, T. M. (1991). *Manual for the child behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. University of Vermont Department of Psychiatry: Burlington.

ACHENBACH, T. M., Dumenci, L., & Rescola, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. disponível em : <http://www.aseba.org/research/DSM6-18ratings.pdf>

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española DSM-IV* (4ª ed.). Barcelona: MASSON, S.A.

American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Versión española DSM-IV-TR [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV-TR)]* (4ª ed.). Barcelona: MASSON, S.A.

BARKLEY, R. A. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH); guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BOMBANA, J. A. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v.55, n.4, p. 308-312, nov/dez. 2006.

BOMBANA, J. A., Leite, A. L. S. S., Miranda, C. T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 180-184, maio/ago. 2000.

BORSA, J. C., Nunes, M. L. T. Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*, São Paulo, v.18, n.40, p. 317-330, 2008.

COELHO, C. L. S., Ávila, L. A. Controvérsias sobre a somatização. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 278-284, 2007.

GADOW, K. D. G., Drabick, D. A. G., Loney, J., Sprakfin, J., Salisbury, H., Azizian, A., Schwartz, J. Comparison of ADHD symptoms subtypes as source-specific syndromes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Londres, v.45, n. 6, p. 1135-1149, 2004.

GREVET, E. H., Salgado, C. A. I., Zeni, G., Abreu, P. B. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. São Paulo, v. 56, n. 1, p. 34-38, maio/ago. 2007.

HUGHES, A. A., Lourea-Waddell, B., Kendall, P. C. Somatic Complaints in Children with Anxiety Disorders and their Unique Prediction of Poorer Academic Performance. *Child Psychiatry and Human Development*. Nova Iorque, v. 39, p. 211-220.

JELLESMA, F. C., Rieffe, C., Terwogt, M.M. My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social Science & Medicine*, v. 66, p. 2195 -2205, 2008.

LIPOWSKI, Z. J. Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*. Arlington, v. 145, p. 1358-1368, 1988.

PERQUIN, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A., Hunfeld, J. A., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., van der Wouden, J. C. Pain, *The Journal of the International Association for the Study of Pain*. v. 87, n. 1, p. 51-58, jul. 2000.

PETERSEN, S., Bergström, E., Brulin, C. High prevalence of tiredness and pain in young schoolchildren. *Scandinavian Journal of Public Health*. v. 31, n. 5, p. 367-374, 2003.

ROHDE, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., Polanczky, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 22, p. 7-11, 2000.

SIMONSSON, B., Nilsson, K. W., Leppert, J., Diwan, V. K. Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: a cross-sectional school survey. *BioPsychoSocial Medicine*. Londres, v. 2, n. 4, p. 1-8, fev. 2008.

SPRAFKIN, J., & Gadow, K. D. Early childhood inventories manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.