

## INVESTIGANDO O TRANSTORNO DE CONDUTA DISSOCIAL E SINTOMAS FÍSICOS RECORRENTES SEM CAUSA MÉDICA

\*Lúcia Maria de Oliveira Santos  
\*Alanna de Medeiros Pinheiro  
\*Mayara Wenice Alves de Medeiros  
\*Patricia Monalisa de Oliveira Cardoso  
\*Silvia Helena da Silva Maia<sup>1</sup>  
\*\*Eulália Maria Chaves Maia  
\*\*\*Neuza Cristina Santos Perez  
Departamento de Psicologia - UFRN

### RESUMO

Este estudo busca identificar associação entre sintomas físicos recorrentes sem causa médica e sintomatologia do Transtorno de Conduta Dissocial (TD) ao início da idade escolar, desde uma perspectiva biopsicossocial do processo saúde-doença. Para tanto se elaborou um desenho de pesquisa de tipo transversal. A amostra é constituída por 653 crianças matriculadas no 1º e 2º ano do Ensino Fundamental I das escolas públicas e privadas da Comarca de Osona-Espanha. As crianças que os pais informaram presença de queixas recorrentes de dores de cabeça, pernas, barriga; problemas nos olhos; alergias cutâneas; náuseas e vômitos, sem causa médica na escala “*Child Behavior Checklist 6-18*” foram incluídas no grupo de queixas somáticas. Aquelas que cumpriram o critério DSM-IV de número de sintomas de TD na escala “*Child Symptom Inventory-4*” compuseram o grupo sintomatológico de TD. Para analisar a mencionada relação se utilizou o modelo de regressão logística (presença versus ausência de sintomas de TD). Esse modelo indica que a presença de queixas recorrentes de dor de barriga sem causa médica incrementa em pelo menos 1.5 vezes a probabilidade de um escolar apresentar dificuldades características do TD que aquele sem dita queixa, uma vez controlado o efeito do sexo (OR=7.8; IC 95%: 1.5 a 39.5). Esse resultado aponta a existência de associação significativa entre “dor de barriga” sem causa médica e sintomatologia TD, evidenciando a necessidade de estudos que explorem essa relação em etapas precoces do ciclo evolutivo, evitando que essa sintomatologia se torne crônica e evolua a transtornos mais sérios em etapas posteriores do desenvolvimento. A detecção e intervenção precoce desses sinais de alerta, contribuirá a que esses jovens aprendam a utilizar seus recursos internos, desenvolvendo habilidades que lhes capacite a manejar e superar as adversidades. Além de promover o bem-estar da criança e de sua família, é também um compromisso ético, na medida em que interpreta essas dificuldades como forma de comunicar sofrimento interno.

---

<sup>1</sup>\*Alunas da graduação em psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

\*\* 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 e do Programa de Pós-Graduação mestrado da UFRN da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, coordenadora da Pesquisa “Epidemiologia dos Transtornos Psicopatológicos infanto-juvenis”. Pesquisadora da CAPES pelo PNPd.

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

**Palavras Chave:** Transtorno de Conduta Dissocial; Sintomas Físicos Recorrentes; Pré-escolares; Psicossomática, Intervenção Precoce.

## INTRODUÇÃO

Nesse trabalho a compreensão do processo saúde-doença segue na direção de concebê-lo como algo complexo, de modo que se possa entender o ser humano na sua totalidade, integralidade, a saber, na sua dimensão biopsicossocial. Tal fato se faz importante porque já nos traz a idéia que uma só área não dará conta de explicar os mecanismos implicados nesse processo, portanto é essencial que o cuidado em saúde seja numa vertente interdisciplinar. É dessa forma que a abordagem da medicina psicossomática compreende o indivíduo e é nessa linha que elaboramos este artigo.

Os sintomas físicos recorrentes sem causa médica é um dos aspectos abordados nesse trabalho. Ao longo da história da medicina se observa relatos sobre queixas físicas sem causa médica. Essas queixas são conhecidas como somatizações, transtornos somatoformes ou psicossomáticas. Elas são de difícil conceituação e classificação, sendo ainda um grande desafio para os estudiosos e áreas de saúde. A gravidade desses quadros muitas vezes é questionada posto que nos exames físicos não se encontram alterações. Contudo, eles causam incômodos e limitações à qualidade de vida dos acometidos, além de representarem um quarto da metade dos atendimentos nos cuidados em saúde primários e secundários. Diante de tais quadros a causalidade é atribuída a fatores psicossociais e/ou estresse (BOMBANA, 2006).

Nessa vertente, Lipowski (1988) diz que

a somatização é uma tendência que o indivíduo tem de vivenciar e comunicar suas angústias de forma somática, isto é, através de sintomas físicos que não têm uma evidência patológica, os quais atribui a doenças orgânicas, levando-o a procurar ajuda médica.

Assim, observa-se que esses sintomas são respostas a situações vividas com as quais os indivíduos não souberam lidar. Contudo, as pessoas geralmente não reconhecem a relação entre suas angústias e as manifestações físicas que estão sofrendo. Em se tratando de crianças o desafio é ainda maior. A infância é uma etapa do desenvolvimento marcada por muitas mudanças, rápidas e variáveis. Além do mais, nessa fase, devido ao nível do desenvolvimento cognitivo infantil, as crianças têm dificuldade em nomear e verbalizar seu sofrimento. Portanto, uma vez identificadas dificuldades dessa natureza na infância, os profissionais necessitam de uma habilidade ainda maior para avaliar que mecanismos estão implicados no aparecimento desse sofrimento psíquico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997) informou taxa de prevalência global de transtorno de somatização de 0,9% (variando de zero a 3,8% conforme o local pesquisado). Entretanto, ao ampliar o conceito de transtorno de somatização (subsindrômico), foram detectadas taxas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) (GUREJE et al., 1997 citado por BOMBANA et al., 2002). Este estudo revelou ainda

que os pacientes que apresentam queixas somáticas geram elevados custos à atenção primária de saúde, visto que é alta a taxa de retorno à consulta devido o não desaparecimento dos sintomas. Este dado demonstra a relevância e necessidade de uma melhor compreensão e reconhecimento desse fenômeno por parte das equipes de saúde, da troca de conhecimentos entre as diferentes áreas, buscando assim, maiores benefícios para os pacientes (COELHO; AVILA, 2007).

Segundo a OMS os Transtornos por Comportamento Perturbador (TCP) também são bem comuns na infância e representam um alto custo para a saúde mental e justiça juvenil a nível mundial (CONNOR, 2002), figurando entre as doenças mais frequentes e assim declarados uma das maiores preocupações na área de saúde a nível mundial (COSTELLO et al, 2005). O TCP abarca os transtornos por Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDA-H), Negativista Desafiante (TND) e o de Conduta Dissocial (TD), sendo este último objeto de estudo nesta pesquisa.

Tendo-se em conta a alta prevalência tanto de queixas somáticas assim como de dificuldades características do TCP na infância, este estudo se propõe a examinar se existe relação entre queixas físicas recorrentes sem causa médica e dificuldades características do TD na infância. A literatura aponta que os quadros comórbidos, ou seja, a co-ocorrência de dificuldades características de diferentes transtornos psicopatológicos apontam a um pior prognóstico (CONNOR et al, 2003; MOFFIT, 1993).

O TD se caracteriza por um padrão de comportamento persistente e repetitivo que viola os direitos básicos dos outros e transgridem as regras e normas sociais adequadas à idade, orientado por comportamentos agressivos (American Psychiatric Association “APA” 1995, 2004). O critério diagnóstico DSM-IV (APA, 1995, 2004) de número de sintomas sugere a presença de três (ou mais) dos comportamentos descritos a seguir presentes durante os últimos 12 meses, com presença de pelo menos um deles nos últimos seis meses. 1) mentir para obter vantagens; 2) iniciar lutas corporais frequentes; 3) usar objetos como armas quando briga; 4) permanecer na rua à noite apesar das proibições; 5) ser fisicamente cruel com pessoas; 6) ser fisicamente cruel com animais; 7) destruir deliberadamente a propriedade alheia; 8) atear fogo com intenção de causar dano; 9) praticar furto; 10) gazear aula; 11) fugir de casa por mais de uma noite; 12) cometer assaltos; 13) forçar alguém a manter atividade sexual; 14) maltratar colegas; e 15) praticar arrombamentos.

Diante do exposto, os profissionais precisam estar atentos, uma vez que este funcionamento desadaptado pode acarretar prejuízo no funcionamento social, acadêmico e ocupacional do indivíduo. Além de que uma parcela pequena, porém significativa de crianças, não consegue superar essas dificuldades, as quais apresentam uma progressão gradual e acumulativa ao longo do ciclo evolutivo (Loeber, 1990), podendo desembocar em transtornos mais graves na vida adulta como o de Personalidade Antissocial (TPA).

## **OBJETIVO**

Esse trabalho tem como meta verificar possíveis associações entre sintomas físicos recorrentes sem causa médica e sintomatologia TD ao início da idade escolar.

## **METODOLOGIA**

O desenho de investigação é de tipo transversal. A amostra é composta por 653 crianças matriculadas no 1º e 2º ano do ensino fundamental I das escolas públicas, privadas da Comarca de Osona na Espanha. O estudo é multi-informado, tendo pais e professores como informantes. Os instrumentos utilizados foram as escalas *Child Behavior Checklist* CBCL 6-18 (ACHENBACH et al, 2001) e a “*Child Symptom Inventory-4*” CSI-4 (GADOW, SPRAFKIN, 1994; GADOW, SPRAFKIN, 2002) e um questionário sociodemográfico. O grupo de queixas somáticas foi formado a partir da CBCL 6-18 pelas crianças que os pais informaram recorrentes queixas somáticas de dor de cabeça, pernas, barriga, problemas nos olhos (alergia, irritação), alergias cutâneas, náuseas e vômitos. O grupo de sintomas de TD foi constituído pelos escolares que pontuaram de maneira significativa na escala CSI-4, cumprindo assim o critério diagnóstico DSM-IV de número de sintomas para o TD.

## **RESULTADOS**

A análise descritiva realizada revelou que dos seiscentos e cinquenta e três escolares participantes, trezentos e trinta e seis (51.5%) eram do sexo masculino e trezentos e dezessete (48.5%) do sexo feminino. Sendo que vinte e uma (3.2%) crianças apresentaram dificuldades características do TD.

Com relação às queixas físicas recorrentes sem causa médica, nove (1.4%) escolares apresentaram dor de cabeça; trinta e dois (4.9%) alergias cutâneas; onze (1.7%) dor de barriga; quatro (0,6%) dor nas pernas; dez (1.5%) problemas nos olhos (alergia, irritação) e dois (0.3%) náuseas e vômitos.

É importante destacar que as crianças as quais apresentaram queixas recorrentes de alergias cutâneas (n=32) não apresentaram associação significativa com a sintomatologia TD (n=21). Ao passo que 100% das crianças que apresentaram queixas recorrentes de dor de barriga sem causa médica (n=11) apresentaram sintomatologia TD (n=21) de maneira concomitante. A análise realizada a partir do modelo de regressão logística (presença versus ausência de sintomas de TD) indica que os escolares com queixas recorrentes de dor de barriga sem causa médica mostram uma probabilidade pelo menos 1.5 vezes maior de apresentar sintomatologia TD que aquelas sem dita queixa, uma vez controlado o efeito do sexo (OR=7.8; IC 95%: 1.5 a 39.5).

## **DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados apontam a existência de associação significativa entre presença de queixa “dor de barriga” e sintomatologia TD, corroborando parcialmente o resultado de estudos que demonstraram associação entre queixas físicas recorrentes sem causa médica a problemas psicológicos (OATLEY E NUNDY, 2000; LIPP et al, 1991; ENUMO et al, 2006; GRAMINHA, 1994). Esses dados evidenciam a

necessidade de estudos que explorem essa relação, evitando que essa sintomatologia se torne crônica e evolua a transtornos mais sérios em etapas posteriores prejudicando assim o desenvolvimento biopsicossocial desses jovens. Com base nesses resultados podemos fazer algumas colocações relevantes. Primeiramente, mencionar que são poucos os estudos que se dedicam a avaliar possíveis associações entre comportamentos disruptivos na infância e queixas físicas recorrentes sem causa médica, existindo uma lacuna na literatura relativa a essa associação. Portanto, é um tema desafiador e instigador para os interessados nessa área, uma vez que ainda não se sabe que mecanismos estão implicados no processo saúde-doença.

Outro ponto que não poderíamos deixar de comentar seria que quando se trata de pesquisas que investigam comportamentos em crianças se faz mister não esquecer a fase em que se encontram. A infância, por exemplo, é uma etapa marcada por um dinamismo muito forte e uma plasticidade impressionante, exigindo dos profissionais muita cautela ao realizar uma avaliação clínica, uma vez que a maioria dos comportamentos característicos da 1ª infância, são os mesmos que caracterizam os transtornos disruptivos do comportamento em outras etapas do desenvolvimento.

A detecção e intervenção precoce desses sinais de alerta, ajudaria a criança a desenvolver habilidades e potencialidades que lhes proporcione manejar as situações adversas, minimizando possíveis sofrimentos psíquicos. Este esforço é um compromisso ético, na medida em que, visa compreender a somatização e a sintomatologia TD como forma de comunicar sofrimento interno.

Pode-se, assim, compreender todo esse quadro como um pedido de ajuda. Pedido de ajuda que tenta nos dizer que algo não vai bem, que o entorno falhou em oferecer-lhes condições adequadas para aprenderem a utilizar seus recursos internos, capacitando-as a enfrentar os desafios da vida. Assim sendo, se faz necessário o desenvolvimento de novas pesquisas que enfoquem este tipo de associação aportando novos dados, a fim de propor maneiras de intervenções mais eficazes junto a essa demanda específica, promovendo qualidade de vida não somente individual, como também coletiva, visto que o entorno dessa criança será afetado por seus comportamentos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conceber o indivíduo a partir de uma perspectiva biopsicossocial contribui à compreensão do processo-saúde doença, visão esta imprescindível a um atendimento mais abrangente, interdisciplinar, envolvendo vários profissionais que possam dialogar e favorecer a troca de conhecimentos.

No caso dos escolares pode-se também incluir os professores nesta equipe para que assim as crianças possam ser melhor assistidas, o que favorecerá além da diminuição de gastos públicos uma melhora do funcionamento social, acadêmico e do desenvolvimento dessas crianças. A intervenção precoce é essencial nesses casos, uma vez que ela contribuirá ao desenvolvimento de habilidades das crianças, capacitando-as no manejo de situações causadoras de estresse, oportunizando assim, um desenvolvimento evolutivo saudável.

Dessa forma, essa visão ampla de ser humano promove um entendimento mais completo da dinâmica interna e externa, a saber, do estado integral do indivíduo. Ou seja, considerá-lo como detentor de um aparato biológico e psicológico, bem como inserido em um meio social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHENBACH, T. M. et al. Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR. 2001. Disponível em: [Http://www.aseba.org/research/DSM6-18ratings.pdf](http://www.aseba.org/research/DSM6-18ratings.pdf). Acesso em 30 de maio de 2009.

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. DSM-IV. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

BOMBANA, J. A. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J. bras. psiquiatr.*, V. 55, n.4, p. 308-312, 2006.

BOMBANA, J. A. et al. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Rev Bras Psiquiatr.*, v. 22, p. 180-184, 2002.

COELHO, C. L. de S.; AVILA, L. A. Controvérsias sobre a somatização. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 34, n.6, p. 278-284, 2007.

CONNOR, D. F. Aggression and antisocial behavior in children and adolescents: Research and treatment. New York, NY: *The Guildford Press*, 2002.

CONNOR, D. F. et al. Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 42, p. 193-200, 2003.

COSTELLO, E. J. et al. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 44, n. 10, p. 972-986, 2005.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2013-2020, 2008.

DE LA BARRA, F. et al. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III: predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, Santiago, v. 41, n. 1, 2003 .

ENUMO, S. R. F. et al. Crianças com dificuldade de aprendizagem e a escola: emoções e saúde em foco. *Estud. psicol. (Campinas)*, v. 23, n. 2, p.139-149, 2006.

GADOW, K. D.; SPRAFKIN, J. *Child symptom inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. 1994.

GADOW, K. D., SPRAFKIN, J. *Child symptom inventory 4: Screening and norms manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus. 2002.

GUEDES, C. R. et al. Vague and diffuse symptoms in biomedicine: a review of the literature. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 13, n. 1, p. 135-144, 2008.

GRAMINHA, S. S. V. Problemas emocionais/comportamentais em uma amostra de escolares: incidência em função do sexo e idade. *Psico*, v. 25, n. 1, p. 49-74, 1994.

GREVET, E. H. et al. Transtorno de oposição e desafio e transtorno de conduta: os desfechos no TDAH em adultos. *J. bras. psiquiatr.*, v. 56, suppl.1, p. 34-38, 2007.

LIPOWSKI, Z. J. Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, v. 145, p. 1358-1368, 1988.

LOEBER, R. Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, V. 10, p. 1-41, 1990.

MOFFITT, T. E. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, v. 100, n. 4, p. 674-701, 1993.

OATLEY, K.; NUNDY, S. Repensando o papel das emoções na Educação. In D. R. OISON; N. TORRANCE (Orgs.). *Educação e desenvolvimento humano: novos modelos de aprendizagem, ensino e escolarização*. Porto Alegre: ArtMed. 2002. p. 217-230. 2002.

PACHECO, J. et al. Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 18, n.1, p. 55-61, 2005.