

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PEDIATRIA

**AVALIAÇÃO SÓCIO-COMPORTAMENTAL DE
CRIANÇAS PORTADORAS DE DERMATITE
ATÓPICA**

PAULO DE TARSO DA LUZ FONTES NETO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Porto Alegre, Brasil, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PEDIATRIA

**AVALIAÇÃO SÓCIO-COMPORTAMENTAL DE
CRIANÇAS PORTADORAS DE DERMATITE
ATÓPICA**

PAULO DE TARSO DA LUZ FONTES NETO

ORIENTADOR: Prof^a. Tania Ferreira Cestari

CO-ORIENTADOR: Prof^a. Suzana Deppermann Fortes

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil, 2005.

F677a Fontes Neto, Paulo de Tarso da Luz
Avaliação sócio-comportamental de crianças portadoras de dermatite atópica / Paulo de Tarso da Luz Fontes Neto ; orient. Tania Ferreira Cestari ; co-orient. Suzana Deppermann Fortes. – 2005.
85 f. : il. cor.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria. Porto Alegre, BR-RS, 2005.

1. Dermatite atópica 2. Comportamento social 3. Transtornos psicofisiológicos 4. Adolescente 5. Criança 6. Pré-escolar I. Cestari, Tania Ferreira II. Fortes, Suzana Deppermann III. Título.

NLM: WR 160

*A minha mãe, Solange e, a minha avó Fraya,
nas quais sempre encontrei incentivo, apoio
e amor; pelo muito que representam
em minha vida...*

...dedico este trabalho.



Desenho realizado por uma criança portadora de dermatite atópica sobre o tema “Eu e a dermatite atópica” – out 2004.

A infecção

A infecção dá dor no coração;
e atrapalha a minha concentração,
e não consigo fazer uma oração.

A poluição piora a infecção.

De uma gripe pode ser uma grande dermatite,
Ai fico estressado e entro em crise de coceira.

E fico todo infeccionado e ai coça, coça, coça,

Fico internado no hospital e perco a aula,

E fico desorientado sem saber a minha matéria nova,

E fico com nota baixa e rodo de ano.

Então, a infecção deve ser tratada com muita disposição!

Por: Álvaro, Natasha, Juliana e Mariana
Crianças portadoras de dermatite atópica.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A **Profa. Dra. Tania Ferreira Cestari**, pelo incentivo e orientação deste trabalho e pela oportunidade de realização de um sonho.

A **Profa. Dra. Suzana Deppermann Fortes**, pelo incentivo e orientação, não somente neste trabalho, mas durante toda a minha formação profissional.

A **Profa. Dra. Magda Blessmann Weber**, pela consultoria neste trabalho, e principalmente pela grande amizade.

Ao **Prof. Dr. João Batista Blessmann Weber**, pelo seu incansável apoio neste trabalho e pela grande e sincera amizade.

Aos meus irmãos, **Simone** e **Marcelo**, a minha cunhada **Geórgia** e ao meu sobrinho **Eduardo** pelo constante incentivo dado ao meu crescimento profissional e ao carinho recebido.

AGRADECIMENTOS

A **Universidade Federal do Rio Grande do Sul** pela oportunidade de realizar o aprimoramento profissional.

Ao **Dr. Marcelo Zubaran Goldani**, chefe do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Pediatria por sua dedicação ao curso.

Aos professores do Curso de Mestrado em Pediatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelos preciosos ensinamentos recebidos durante o curso e aos funcionários que possibilitaram a execução do mesmo.

Aos professores do Curso de Especialização em Psiquiatria José de Barros Falcão pela importante participação na minha formação profissional.

Aos meus grandes amigos **Dna. Miriam, Elton, Ivana, Vera, Ingeburg, Janine e Ana Luisa**, os quais sempre me incentivaram no meu crescimento e aprimoramento profissional e pessoal.

A **Dra. Maria da Graça Motta** pelo fundamental apoio que vem me proporcionando.

A **Nicolle, Tatiana, Gabriela, Bruna, Ana Paula, Clarissa, Mariana e Sócrates** pelo apoio na realização deste trabalho.

Aos colegas de Curso de Mestrado em Pediatria, pelos bons momentos que dividimos.

A Estaticista **Ceres Andréia Vieira de Oliveira** pelo imprescindível apoio na análise estatística deste trabalho e ensinamentos recebidos.

A Enfermeira **Dóris Baratz Menegon** e a Secretária do Ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, **Sra. Bernadete Hahmeyer**, e aos demais funcionários por seu apoio no desenvolvimento das atividades no ambulatório.

A Escola Pública Estadual Jerônimo de Albuquerque em Porto Alegre/RS, na pessoa de sua Diretora, **Profa. Soraia Bredler Dornelles** e Orientadora Educacional, **Profa. Lurdes Motter** pelo importante apoio prestado.

As crianças e seus pais que participaram deste estudo meu muito obrigado.

... a **Deus**,
constante presença em minha vida.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1	A Dermatite Atópica	3
2.1.1	Alterações na Fisiologia Cutânea.....	3
2.1.2	Fatores Genéticos	4
2.1.3	Etiologia.....	5
2.1.4	Fatores Desencadeantes	5
2.1.5	Manifestações Clínicas	6
2.1.6	Sub-tipos	6
2.1.7	Aspectos Emocionais na Dermatite Atópica e Impacto Familiar	7
2.1.8	Tratamento	13
2.2	Avaliação da Saúde Mental Infantil	15
2.2.1	Instrumentos Utilizados na Avaliação da Saúde Mental Infantil	19
3	JUSTIFICATIVA	23
4	HIPÓTESE	24
5	OBJETIVOS	25
5.1	Objetivo Geral	25
5.2	Objetivos Específicos	25
6	PACIENTES E MÉTODO	26
6.1	Delineamento do Estudo	26
6.2	População e Amostra	26
6.2.1	Grupo-Estudo	26

6.2.1.1	Critérios de Inclusão	26
6.2.1.2	Critérios de Exclusão	27
6.2.2	Grupo-Controle	27
6.2.2.1	Critérios de Inclusão	27
6.2.2.2	Critérios de Exclusão	28
6.3	Procedimentos	28
6.4	Instrumento Utilizado	29
6.5	Cálculo Amostral	29
6.6	Análise Estatística	29
6.7	Considerações Éticas	30
7	RESULTADOS	31
8	DISCUSSÃO	43
9	CONCLUSÕES	49
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
11	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido	58
	APÊNDICE B - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo-estudo, para a escala de retraimento	60
	APÊNDICE C - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de comportamento agressivo	61
	APÊNDICE D - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de somatização	62
	APÊNDICE E - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de ansiedade e depressão	63

APÊNDICE F - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de problemas sociais	64
APÊNDICE G - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de problemas de pensamento	65
APÊNDICE H - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de problemas de atenção	66
APÊNDICE I - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de comportamento delinqüente	67
APÊNDICE J - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de comportamento agressivo	68
APÊNDICE K - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de retraimento	69
APÊNDICE L - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de somatização	70
APÊNDICE M - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de ansiedade e depressão	71
APÊNDICE N - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de problemas sociais	72
APÊNDICE O - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de problemas de atenção.....	73
APÊNDICE P - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de comportamento delinqüente	74
APÊNDICE Q - Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de problemas de pensamento.....	75

ANEXO A – Aprovação da Comissão Científica e da Comissão de Pesquisa e Ética em saúde do HCPA	77
ANEXO B – Perguntas do CBCL	78
ANEXO C –Normas para Apresentação das Dissertações e Teses ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas: Pediatria.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS

CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i> (Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência)
CD4	Linfócito T com receptor Clone de Diferenciação 4
CD8	Linfócito T com receptor Clone de Diferenciação 8
DA	Dermatite Atópica
DP	Desvio Padrão
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Estudo
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IgE	Imunoglobulina E
IL-2	Interleucina 2
IL-3	Interleucina 3
n	Frequência Absoluta
P	Nível Descritivo Amostral
P25	Percentil 25
P75	Percentil 75
REM	<i>rapid eye movement</i> (movimento rápido ocular)
RS	Rio Grande do Sul
TNF- α	Fator de Necrose Tumoral alfa

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Representação das dimensões do CBCL de acordo com cada grupo de crianças.....	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características da amostra dos dois grupos de crianças	31
Tabela 2	Profissão dos pais das crianças participantes dos grupos estudo e controle.....	32
Tabela 3	Escore das competências sociais comparados entre os grupos estudo e controle.....	32
Tabela 4	Escore total e escores por dimensão comparados entre os grupos estudo e controle.....	33
Tabela 5	Escore brutos individuais de cada escala nos grupos estudo e controle	35
Tabela 6	Perguntas da escala de queixas somáticas e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.....	36
Tabela 7	Perguntas da escala de ansiedade/depressão e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.....	37
Tabela 8	Pergunta da escala de problemas de pensamento e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.....	38
Tabela 9	Perguntas da escala de comportamento agressivo e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.....	39
Tabela 10	Escala de Retraimento avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL	40
Tabela 11	Escala de Somatização avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL	40
	Escala de Ansiedade/ depressão avaliados de acordo com os pontos	

Tabela 12	de corte do CBCL	41
Tabela 13	Escala de Problemas sociais avaliados de acordo com os pontos de corte do CBCL	41
Tabela 14	Escala de Problemas de pensamento avaliados de acordo com os pontos de corte do CBCL	41
Tabela 15	Escala de Problemas de atenção avaliados de acordo com os pontos de corte do CBCL	42
Tabela 16	Escala de Comportamento delinqüente avaliados de acordo com os pontos de corte do CBCL	42
Tabela 17	Escala de Comportamento agressivo avaliados de acordo com os pontos de corte do CBCL	42

RESUMO

Introdução: A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele que apresenta um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, em consequência de episódios recorrentes durante a vida. Considerando estudos recentes que descrevem a associação entre aspectos psicológicos e a dermatite atópica, acredita-se que a investigação da existência de um possível perfil comportamental destas crianças possa auxiliar o desenvolvimento de intervenções psicoterápicas específicas, assim como aumentar o conhecimento sobre a doença.

Método: Este trabalho tem como objetivo realizar uma avaliação do perfil sócio-comportamental de crianças portadoras de DA e comparando-as com crianças sem a doença. Neste estudo, do tipo caso-controle, foram incluídos dois grupos com idades entre 4 e 18 anos: o grupo estudo, com pacientes portadores de dermatite atópica que consultam no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o grupo controle, composto por crianças e adolescentes sem doença dermatológica, matriculados em escola da rede pública de Porto Alegre. O tamanho estimado da amostra foi de 25 indivíduos em cada grupo. A coleta dos dados realizou-se através do CBCL (*Child Behavior Checklist*), validado no Brasil com o nome de Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência. **Resultados:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas duas dimensões globais (internalização e externalização), sendo que as crianças portadoras de dermatite atópica mostraram mais sintomas relacionados com ansiedade, depressão, alterações de pensamento e comportamento agressivo quando comparadas com crianças sem a doença. **Conclusão:** Os resultados indicam a necessidade de abordagens interdisciplinares no tratamento da criança com DA,

valorizando não só as lesões dermatológicas, como também os aspectos emocionais dos indivíduos.

DESCRITORES: dermatite atópica; comportamento; criança; psicossomática.

ABSTRACT

Introduction: Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disease which causes a significant impact on the quality of life of the patients as a consequence of recurrent episodes during their lives. Considering recent studies describing the association between psychological aspects and atopic dermatitis, it can be suggested that the search of a possible behavioral profile of children presenting AD may be of help in the development of specific psychotherapeutic interventions as well as increasing the knowledge about the disease. **Methodology:** This research aims to accomplish an evaluation of the social-behavior profile of children with AD compared with others without the disease. In this case-control study two groups, aged 4 to 18 years old, have been included,; the study-group including patients with atopic dermatitis who have been assisted at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and the control-group of children and adolescents without AD enrolled at public schools in Porto Alegre. The estimated sample size was 25 individuals in each group. Data collection was accomplished utilizing the Child Behavior Checklist (CBCL), instrument validated in Brazil as Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência. **Results:** Significant statistic differences were demonstrated in both global dimensions (internalizing and externalizing), having the children with AD more symptoms related to anxiety, depression, alteration of thoughts alterations and aggressive behavior when compared to the children without the disease. **Conclusion:** The results emphasizes the need of interdisciplinary approaches in treating children with AD, contemplating not only the dermatological aspects, but also the emotional aspects of the disease.

DESCRIPTORS: atopic dermatitis, behavior, children, psychosomatic.

1 INTRODUÇÃO

Os efeitos da interação entre o estado emocional e a fisiologia corporal são claros no cotidiano dos indivíduos. Considerando que o estado fisiológico varia muito em resposta à percepção do estímulo vindo do meio ambiente, não surpreende o fato de que o sistema imunológico também seja afetado pelo estado mental, podendo tornar o organismo mais susceptível a doenças (SMITH-ROHRBERG, 2000).

A pele, sendo o maior órgão do corpo humano, está muito sujeita à influência dos fatores emocionais. Diversas são as funções da pele no organismo humano, entre elas proteger contra as agressões ambientais e fazer trocas fisiológicas essenciais. Além disto, ela delimita a área corporal, apresentando o indivíduo ao outro e ao mundo. Através dela é possível manifestar desejos e sofrimentos precoces, em muitos casos, ainda não simbolizados (MC DOUGALL, 1996). Diversas expressões de emoções são facilmente perceptíveis como, por exemplo, ficar pálido com um susto, ruborizado com constrangimentos, suar ou arrepiar-se diante de situações que causem medo. No entanto, muitas informações sobre os processos e reações psíquicas relacionadas às doenças da pele ainda não são entendidos por completo (DETHLEFSEN; DAHLKE, 1983). Dentro desse universo de representações, a dermatite atópica (DA) é uma das enfermidades em que a relação entre o sofrimento psíquico e a manifestação somática está mais evidente (HASHIRO; OKUMURA, 1998; KOBLENZER, 1999).

A dermatite atópica é mais comum entre as crianças e apresenta-se em episódios recorrentes durante diversos períodos da vida. O curso crônico, a intensidade dos sintomas e o desconforto provocado pela dermatose, ocasionam sérias implicações na vida do portador e de seus familiares. Os quadros clínicos mais graves acarretam, inclusive, dificuldade de adequação escolar, social e familiar (CHAMPION; PARISH, 1994; ARVOLA et al., 2000;

LAPIDUS, 2001; KIEBERT, 2002). Independente da gravidade do acometimento, a DA tem forte influência na qualidade de vida dos enfermos, pois interfere em suas atividades diárias, tanto de lazer, como de trabalho e estudo (DRAKE, 2001).

Cole e colaboradores em 1988, evidenciaram a importância do componente emocional na etiologia e evolução da dermatite atópica. Gupta (1998), citado por Linnet e colaboradores (2001), associa a dermatite atópica com sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e estigmatização.

Na procura mais minuciosa de componentes emocionais, alguns autores, descreveram traços de personalidade que consideraram mais comuns nos pacientes atópicos. São eles: insegurança, sentimentos de inferioridade e inadequação, tensão, ansiedade, depressão, agressividade, dependência, sensibilidade, labilidade emocional, hiperatividade, dificuldade em expressar seus sentimentos, conflitos sexuais, masoquismo, inteligência elevada, timidez e desconfiança (GIL; SAMPSON, 1989; PANCONESI; HAUTMANN, 1997). Contudo, estudos utilizando instrumentos psicológicos estandarizados não encontraram diferenças emocionais significativas entre crianças com atopia e crianças sem a doença (RING; PALOS, 1986 apud GIL; SAMPSON, 1989). A controvérsia existente nas pesquisas realizadas é evidenciada pelo fato de que alguns autores procuraram determinar um tipo específico de personalidade em atópicos e, outros, não constataram esta possibilidade. Entretanto, existe consenso de que há participação do componente emocional nas manifestações de dermatite atópica (GIL; SAMPSON, 1989; HASHIRO; OKUMURA, 1998).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a presença de sintomas emocionais e comportamentais em um grupo de crianças com dermatite atópica que são atendidas no ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em Porto Alegre/RS, Brasil, comparando-as com um outro grupo de crianças sem sintomas aparentes da doença, alunas de uma escola da rede pública de Porto Alegre/RS, submetidas à mesma avaliação.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A DERMATITE ATÓPICA

A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele, de etiologia desconhecida e altamente pruriginosa. Ela afeta crianças e adultos ocasionando um alto custo social e com importante taxa de morbidade. A DA altera significativamente a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, interferindo até mesmo no sono, em função do prurido, e trazendo graves implicações familiares e sociais (SANZ , 2000).

A prevalência da DA em crianças durante a vida é de 10-20% e de 1-3% nos adultos. Estes índices vêm crescendo de duas a três vezes em comparação a décadas passadas nos países industrializados porém, permanece mais baixo nos países predominantemente agrícolas (LEUNG et al, 2004). Cerca de 60% dos casos da doença manifestam-se pela primeira vez antes do primeiro ano de vida e, em 90 % dos casos, antes dos 5 primeiro anos (MACIEL, 2001).

Quanto aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos na DA destacam-se:

2.1.1 Alterações na Fisiologia Cutânea

Várias alterações anatômicas foram encontradas na pele como: aumento da perda de água transepidermica; diminuição da produção de sebo; alteração do conteúdo de ácidos graxos do sebo. Estas características alteram a função de barreira da pele, a estrutura e a

diferenciação do extrato córneo, contribuindo para a xerose e o prurido (LEICHT; HANGGI, 2001).

2.1.2 Fatores Genéticos

Folster-Holst e colaboradores (1998) e Beyer e colaboradores (2000), identificaram alguns *linkage* cromossômicos comuns entre DA e asma: 5q31-33, 11q13 e 13q12-14. Destacaram que três dos *linkage* da DA correspondem a um *loci* conhecido da asma, indicando que as duas doenças partilham de determinantes genéticos em comum.

Eichenfield e colaboradores (2003) realizaram uma extensa revisão epidemiológica à procura das correlações de asma e dermatite atópica. Nesta revisão foram destacados os estudos de *linkage* genéticos, que utilizaram pesquisas genômicas ampliadas para asma e DA. Estes estudos são importantes, visto que podem fornecer definições melhoradas da doença, identificar subgrupos e revelar novos alvos para o tratamento. Foram relatados dois protetores do genoma para a DA. O primeiro foi identificado como um *linkage* da DA com o cromossomo 3q21 através de um estudo realizado com 199 famílias com pelo menos 2 irmãos afetados (LEE et al, 2000). O segundo, identificado como um *linkage* da DA ao cromossomo 1q21, 17q25 e 20p, demonstrou que a DA é influenciada pelos genes com efeitos gerais sobre a imunidade e a inflamação da derme (COOKSON; et al, 2001). Surpreendentemente, nenhuma destas regiões coincide com os *loci* que já tinham sido identificados tanto para asma quanto para a DA (FOLSTER-HOLST; et al, 1998; BEYER; et al, 2000).

2.1.3 Etiologia

Anormalidades imunológicas como alterações nas reações de hipersensibilidade, comprometimento da imunorregulação de IgE, aumento da fosfodiesterase, comprometimento das funções dos macrófagos, aumento da liberação dos mastócitos, também influenciadas por fatores genéticos, compõem o quadro para a manifestação da DA (MACIEL, 2001).

O trauma físico do prurido resulta em secreção de IL-2 e IL-3 pelos queratinócitos; a ativação das células de Langerhans leva à secreção de IL-2, TNF- α , fator ativador de plaquetas e fator liberador de histamina, além da ativação adicional dos linfócitos T, o que perpetua ainda mais os sintomas nos pacientes atópicos (LEUNG; et al, 2004).

2.1.4 Fatores desencadeantes

Muitos fatores exacerbam a DA: irritantes, pele seca, infecções, alérgenos, sudorese, alterações da temperatura, doença ou cansaço, estresse emocional (WILLIAMS; et al, 2003).

Como irritantes importantes na DA destacam-se: lã e o acrílico em roupas, perfumes e produtos perfumados, cosméticos, sabonetes e agentes de limpeza, produtos contendo álcool, areia, fumaça de cigarro, tintas e alimentos cítricos. Infecções ou aumento da colonização da pele por *Staphylococcus aureus* são também desencadeantes dos surtos. Entre os inalantes que poderiam desencadear ou piorar uma “crise” de DA, destacam-se: ácaros da poeira, pólenes e descamação dos pelos dos animais. Outras infecções podem piorar ou são vistas na DA, como o eczema herpético e as infecções fúngicas superficiais (WILLIAMS; et al, 2003).

2.1.5 Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas da Dermatite Atópica (DA) variam conforme a idade dos pacientes. Nos extremos tem-se a DA do lactente e da idade adulta; entre elas há o período pré-puberal, que compartilha achados das duas anteriores. A doença caracteriza-se pela cronicidade e recidivas, apresentando prurido e xerose, como principais manifestações (HIJAZY, 2000). Além dessas, pode-se encontrar outros achados, tais como, história pessoal ou familiar de atopia, positividade aos testes cutâneos imediatos, dermografismo branco, xerose, ictiose associada, exagero das linhas palmares, pitíriase alba, queratose pilar, palidez centro-facial com escurecimento orbitário, prega de Dennie-Morgan, sinal de Hertoghe (perda da cauda das sobrancelhas), tendência a dermatoses crônicas recidivantes das mãos e a infecções cutâneas repetidas e alterações oculares como catarata subcapsular anterior e queratocone (CHAMPION; PARISH, 1994).

2.1.6 SUB-TIPOS:

ECZEMA ATÓPICO INFANTIL: surge normalmente no 2-3º mês de vida, mas pode aparecer mais precocemente. As áreas mais freqüentes de acometimento são as regiões malares, com lesões vésico-secretantes-crostosas. Pode estender-se, atingindo toda a face, o couro cabeludo e até generalizar-se. A complicação mais freqüente é a infecção secundária, geralmente estafilocócica. A evolução do eczema atópico infantil é por surtos, especialmente nos primeiros dois anos de vida. Após, tende a melhorar, podendo desaparecer completamente ou persistir em forma discreta, com algumas lesões na face e áreas de dobras (HIJAZY, 2000).

ECZEMA ATÓPICO PRÉ-PUBERAL: pode ser uma continuação do eczema infantil ou surgir após o desaparecimento deste. Comumente estão acometidas as regiões de dobras (poplítea, cubital), punhos e dorso das mãos e pés. O aspecto é de uma dermatite crônica, com liquenificação e escoriações. Como nas outras formas é sujeito à surtos de agudização com eritema, vesiculação e secreção (HIJAZY, 2000).

ECZEMA ATÓPICO DO ADULTO: nesta faixa etária, o eczema atinge preferencialmente as áreas flexoras cubital, poplítea e cervical e a região peri-orbital. Caracteriza-se por liquenificação, escoriações e pele seca e descamativa (HIJAZY, 2000).

O curso clínico da dermatite atópica é influenciado por uma gama de fatores genéticos, biológicos e psicológicos. Em decorrência desta complexa interação, associado com fatores estressantes, manifestam-se os surtos eczematosos. A piora do quadro dermatológico ocasiona a redução do limiar de contingência do estresse e, conseqüentemente, retro-alimentações que perpetuam as lesões (BUSKE-KIRSCHBAUM; et al, 2002).

2.1.7 ASPECTOS EMOCIONAIS NA DERMATITE ATÓPICA E IMPACTO FAMILIAR

Transtornos psicodermatológicos são alterações que envolvem a interação entre a mente e a pele, sendo subdivididos em três tipos: psicofisiológicos, psiquiátricos primários e psiquiátricos secundários. A DA encontra-se classificada entre os transtornos psicofisiológicos (AZAMBUJA, 2005).

Pedreira e colaboradores (2001), assim como Hashiro e Okumura (1997) destacaram em seus estudos que, estaria amplamente reconhecido que as crianças com problemas

psicossomáticos e doenças crônicas têm um excesso de sintomas emocionais e de conduta, com variações de humor e problemas de relacionamento social.

Da mesma forma, Stevenson (2003) realizou um estudo com 150 crianças atópicas que tiveram asma e 115 que não apresentaram esta associação, para avaliar a relação entre sintomas na área de comportamento e o aparecimento da asma em crianças com DA. Concluíram que problemas de comportamento podem preceder o aparecimento de asma e servir de marcadores de um evento estressante na vida da criança. A presença de alterações de comportamento pode servir de alerta para os clínicos sobre o risco da transição da DA para a asma.

Na busca de uma possível origem para estes sintomas psicossomáticos, alguns trabalhos, avaliaram os traços de personalidades mais comuns dos pacientes atópicos em diversas faixas etárias, e descrevem características como: insegurança, sentimentos de inferioridade e inadequação, tensão, ansiedade, depressão, agressividade e hostilidade, dependência, sensibilidade, labilidade emocional, hiperatividade, dificuldade em expressar seus sentimentos, disfunção sexual, masoquismo, inteligência elevada, timidez e desconfiança (GIL; SAMPSON, 1989; MICHEL, 1994; PANCONESI; HAUTMANN, 1997; CHAMLIN; et al, 2004).

Wilson e colaboradores (2003) destacaram em seu estudo, a importância do temperamento da criança na resposta ao estresse e conseqüentemente na manifestação da DA. Eles encontraram relações entre as características do temperamento da criança com a persistência, adaptabilidade e o número de infecções durante o primeiro anos de vida do bebê.

A relação entre estresse como precipitador ou exacerbador da dermatite atópica é bem postulado entre os pesquisadores, sendo considerado um dos principais fatores relacionado às crises de atopia (CHAMPION; PARISH, 1994; KOBLENZER, 1999; PICARDI; ABENI, 2001; LINNET; et al., 2001; STAAB; et al., 2002; SCHUBERT; et al., 2002; BALKRISHNAN; et al., 2003; BALKRISHNAN; et al., 2003; BALKRISHNAN; et al., 2003; FRIEDMAN; et al., 2004).

Buske-Kirschbaum (2002), estudando amostras de pacientes adultos, descreveram situações de estresse as quais o paciente pode ser submetido, que podem interferir no seu bem estar, podendo manifestar-se nos sintomas da doença. Entre elas citam: casamentos, divórcios, morte na família, mudanças de casa ou mesmo no trabalho. Com o objetivo de elucidar os efeitos ansiogênicos destas situações, Choi e colaboradores (2005), em seu estudo, examinaram a relação do estresse associado com alterações na barreira epidérmica. Demonstraram que o estresse psicológico agudo prejudica a síntese lipídica, comprometendo a integridade da barreira cutânea. Kimata (2003) investigando o efeito da tecnologia (vídeo game e telefone celular) em crianças portadoras de DA demonstrou que a alta tecnologia causa estresse, podendo agravar a manifestação dermatológica.

Na criança, particularmente, outro fator se destaca. Alguns autores afirmam que crianças com dermatite atópica são rechaçadas pelos pais em função de suas lesões, pois os mesmos demonstraram dificuldades de tocar em seus filhos. Esta situação também pode se auto-alimentar ocasionando um conflito na relação mãe-criança, trazendo como conseqüência a piora do quadro clínico (PANCONESI; HAUTMANN, 1997). Estes mesmos autores afirmam que com o ato de coçar e o aparecimento das escoriações, a criança se sente feia e incapaz de ser amada. As escoriações modificam a sua auto-imagem, ocasionando, por vezes,

o aparecimento de comportamento opositor, inclusive quando da solicitação dos pais para que a criança pare de coçar.

Examinando as relações familiares, Yukihiro e colaboradores (2001) observaram em seu estudo a existência de um conflito na relação mãe-criança. Uma mãe indiferente, pouco empática, inadequada, aparece como um fator relacionado ao desenvolvimento de sintomas psicossomáticos, desencadeando a doença.

Em uma investigação realizada com o binômio mãe-bebê, foram evidenciadas diferenças entre as relações mantidas entre mães com bebês com dermatite atópica e mães com filhos sem a doença. As mães com filhos portadores de dermatite atópica mostravam-se menos conscientes da doença e menos envolvidas com seus bebês, exceto quando o bebê buscava sua atenção ou frente a um mau comportamento (GIL; SAMPSON, 1989). Com relação a este binômio, destaca-se o papel do apego no processo do desenvolvimento infantil e sua participação nas manifestações psicossomáticas. A teoria desenvolvida por John Bowlby sobre o apego destaca a importância da construção deste vínculo entre mãe-bebê, salientando que a não satisfação das necessidades biológicas do bebê pode gerar doenças observáveis na criança e no adulto (BOWLBY, 2002).

A participação dos pais no manejo da dermatite atópica é fundamental, pois muito dos cuidados necessários ao tratamento das crianças é delegado a eles. A aplicação dos medicamentos tópicos, os banhos e as orientações individuais, precisam de supervisão. Sem dúvida a rotina da família fica alterada, pois administrar o tempo e a atenção aos demais integrantes da família pode provocar algum conflito. Gil e Sampson (1989) relatam que esta problemática familiar pode ser um gerador de dois grupos distintos. Um grupo onde a família

se adapta à nova rotina e outro onde não ocorre esta adaptação, tornando a família ainda mais disfuncionada, o que pode piorar os sintomas da criança.

Atentos para a importância dos pais nas manifestações da DA, Warschburger e colaboradores (2004), destacaram a importância de programas com atenção especial aos pais das crianças portadoras de DA. Estes programas, segundo o autor, deveriam focalizar em elementos para melhorar o aspecto psicossocial, principalmente, em técnicas de manejo de estresse, reduzindo assim a intensidade dos sintomas da dermatite atópica.

Com relação ao funcionamento familiar, Howlett (1999) descreveu a possibilidade das relações familiares de uma criança portadora de DA se tornarem disfuncionadas e o impacto da doença de pele no desenvolvimento da criança e no estabelecimento de suas relações sociais.

Investigando os fatores que poderiam interferir nos pais/cuidadores e nas relações familiares das crianças portadoras de DA, Balkrishnan e colaboradores (2003) avaliaram informações sobre os padrões sócio-econômicos, percepções sobre a doença e gastos com o tratamento em uma amostra de 49 cuidadores. Encontraram como fatores mais importantes que afetam a família: a percepção de que o estado da criança é grave, a alta procura de serviços não médicos e a condição financeira necessária para o adequado tratamento da doença.

Da mesma forma, Staab e colaboradores (2002), avaliaram um programa de treinamento para o manejo da dermatite atópica em crianças, com o objetivo de determinar o efeito da estrutura parental neste manejo, através do exame de 204 famílias em um estudo

prospectivo, randomizado e controlado, os autores utilizaram uma intervenção interdisciplinar, envolvendo abordagens educacionais, nutricionais e psicológicas, e as famílias foram acompanhadas por um ano. Ao final, concluíram que os participantes do treinamento, comparado ao grupo controle, obtiveram uma redução dos sintomas, assim como desenvolveram melhores estratégias de enfrentamento da doença.

Terreehorst e colaboradores (2002), também referiram em seu trabalho o importante impacto que apresenta a DA na família, pois, a maioria das crianças apresenta comorbidades como rinite alérgica, asma e alterações de sono que agravam as dificuldades de relacionamento familiar.

Investigando a associação entre o grau da DA na infância e o impacto familiar em 35 crianças, Balkrishnan e colaboradores (2003), concluíram que a DA causa um grande impacto na família e que o tratamento da criança por um especialista reduz a severidade da doença, amenizando este efeito. Da mesma forma Friedman e colaboradores (2004), entrevistaram 3.539 pais sobre a interferência da doença crônica nas famílias. Concluíram que os pais percebem a DA como um efeito negativo na qualidade de vida das famílias, efeito este que aumenta proporcionalmente ao grau de apresentação da doença.

Outra característica pesquisada por alguns autores, que também tem interferência nos aspectos emocionais e no impacto dentro da vida familiar, é o padrão de sono das crianças portadoras de dermatite atópica. Estas crianças coçam mais enquanto dormem do que pacientes com outras alterações dermatológicas. Com esta manifestação mais freqüente, as crianças portadoras apresentam mais distúrbios relacionados ao sono, principalmente nos estágios I e II e REM (*rapid eye movement*) (DAHL et al., 1995). As dificuldades das crianças

com relação ao sono afetam também seus pais, que se queixam de terem menor condição de desenvolverem suas atividades diárias, relatando cansaço e diminuição da capacidade de trabalhar e administrar as tensões diárias (DAHL et al., 1995).

Avaliando o fator financeiro, também relacionado ao impacto da doença na família, Kemp (2003) destacou o significativo estresse psicológico e financeiro, particularmente nos casos de crianças portadoras de DA mais grave. Adicionalmente, estas mesmas crianças têm mais propensão a desenvolver outros problemas orgânicos como alergias á alimentos, alterações no desenvolvimento, alergias intestinais, asma e rinite alérgica. Enfatiza, o mesmo autor, a necessidade de utilizar terapias mais abrangentes para contemplar todas as dificuldades dessa complexa doença.

Assim, revisando a literatura, evidenciamos que diversos autores referem o “peso” inferido á doença de pele nas famílias e na vida de seus portadores, destacando a importância de investigações, tanto na qualidade de vida, quanto no desenvolvimento de novas formas de abordagens da doença (ABRAR; et al, 2004; CHREN; WEINSTOCK, 2004; JOHNSON, 2004).

2.1.8 TRATAMENTO

Quanto ao tratamento farmacológico, diversas são as tentativas de manejo relacionadas com a dermatite atópica. Sidbury e colaboradores (2000) publicaram um artigo sobre as velhas, novas e emergentes terapias para a DA. Destacaram que efetivos agentes para o tratamento são limitados em número e todos apresentam efeitos adversos que impedem o sucesso e o uso por um período prolongado. Referem a frustração dos pacientes que acabam

parando o tratamento ou procurando formas alternativas, assim como a insatisfação dos médicos com as opções disponíveis.

Para um manejo terapêutico mais efetivo da DA se faz necessário individualizar cada tratamento, além de identificar e reduzir os efeitos causais e exacerbantes, como alérgenos, infecções e irritantes (BELLFILL, 2000).

As bases para o tratamento são: evitar o ressecamento da pele, controlar o prurido e inibir a resposta inflamatória. Como recomendações gerais destacam-se:

- Ensinar e explicar ao paciente e a seus familiares sobre a doença;
- Banhos com água morna;
- Aplicar os emolientes imediatamente após o banho;
- O sol e a umidade são benéficos, evitar o calor.
- Roupas de algodão preferencialmente;
- Evitar irritantes (lã, fibras sintéticas, roupas apertadas, produtos químicos)
- Cortar as unhas e colocar luvas durante a noite.
- Evitar o estresse e o suor.

Quanto ao manejo do componente emocional, é consenso que as técnicas psicoterápicas são uma alternativa eficaz no tratamento dos doentes crônicos e refratários ao tratamento clínico, visando melhora da qualidade de vida e prevenção de recidivas (ELLIS; et al, 2003). Estas técnicas variam desde psicoterapias individuais até abordagens em grupo. Plante e colaboradores (2001), estudando esta forma de tratamento, destacaram que uma das opções de intervenção psicoterápica para crianças com doenças crônicas são os grupos de apoio, que proporcionam um aumento no conhecimento sobre a doença, melhoram a

adaptação psicológica, reduzem os sintomas físicos e esclarecem sobre os possíveis efeitos colaterais do tratamento (PLANTE; et al, 2001). Noren (1995), dentro desta técnica, descreveu uma abordagem em grupo denominada de “Hábito Reverso”, onde ensinava os pacientes com dermatite atópica a perceber seus hábitos destrutivos e trocá-los por outros menos danosos.

Sobre a interdisciplinaridade do tratamento, Schmidt-Ott e colaboradores (2003), destacaram em seu estudo a importância de motivar os pacientes com doenças crônicas de pele a procurar psicoterapia como adjuvante no tratamento, enfatizando o benefício desta associação na melhora da qualidade de vida do paciente e de sua família (WILSON; et al., 2003; STEVENSON, 2003; COLE; et al., 1987; ROHRBERG, 2000).

2.2 AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL

Com o objetivo de avaliar a saúde mental da criança, os profissionais que atuam nesta área, devem ter um quadro de referência do desenvolvimento normal para analisar e identificar os comportamentos que podem ser indicadores de distúrbios emocionais (SOUZA, 2004). Considerando o fato de que as crianças estão em desenvolvimento não há uma linha claramente definida entre o normal e o patológico, como ocorre nos adultos. A avaliação da criança no aspecto emocional exige do profissional uma atenção às características das etapas do desenvolvimento e paralelamente aos fatores ambientais. É importante lembrar que os quadros de sintomas na infância não são estáveis, podendo mudar com a estrutura sócio-cultural e a situação de vida da criança e sua família (CARMICHAEL, 1975 apud SOUZA, 2004). Cada etapa do desenvolvimento é um produto da interação com o meio ambiente em que vive a criança e das forças biológicas que operam nos organismos (SOUZA, 2004; BEE,

1996). O resultado desta interação é que pode demonstrar se a criança está se desenvolvendo de uma forma saudável física e mentalmente. A criança é um sistema vivo, inserida em outros sistemas (familiar, escolar e social). À medida que ela cresce, o seu contexto muda e, conseqüentemente, aparecem outros desafios os quais ela deverá transpor, aprender e demonstrar diferentes habilidades para se adaptar ao novo ambiente. Quando a criança consegue acompanhar e responder a essas mudanças ambientais de forma adequada, ela pode ser considerada uma criança competente (BEE, 1996).

A competência é demonstrada quando ela consegue realizar alguma tarefa, em um determinado ambiente, de acordo com sua faixa etária, gênero e seu contexto cultural, social e familiar. (MASTEN; COASTSWORTH, 1998).

Dentro do universo do desenvolvimento e competências deve ser ressaltada a influência do temperamento. O temperamento tem sido denominado por diversas teorias como a expressão precoce de diferenças individuais na personalidade, o substrato biológico sob o qual a personalidade se estrutura (GOLDSMITH; RIESERDANNER, 1986 apud ITO; GUZZO, 2003). Sendo assim, o indivíduo é encarado como um elemento ativo que influencia o seu ambiente, bem como sujeito que também sofre influência deste (RUTTER, 1987). Ou seja, as características do temperamento podem interferir no tipo de interação que será estabelecida entre o indivíduo e seu ambiente, e a reação das pessoas à essas características pode, por sua vez, gerar um efeito no desenvolvimento da própria pessoa que as provocou (ITO; GUZZO, 2003).

Vários estudos têm demonstrado que algumas crianças, quando expostas as situações de risco sofrem prejuízos em seu desenvolvimento. Por outro lado, existem aquelas que, na

mesma situação, demonstram competência, desenvolvendo habilidades para superar tais adversidades (SAMEROFF,1990; MASTEN; COASTSWORTH,1998; RUTTER, 1987).

Cecconello e Koller (2000) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a relação entre a competência social e a classe social. Examinaram 100 crianças de ambos os sexos, com idades entre 6-9 anos e concluíram que as meninas são mais empáticas e mais competentes socialmente do que os meninos. Da mesma forma, as crianças mais empáticas tendem a ser mais competentes socialmente do que as outras. De modo geral, sugeriram que essas características são importantes fatores de proteção que contribuem para a resiliência e a adaptação das crianças.

Sameroff (1990) realizou um estudo verificando as condições favoráveis e desfavoráveis para o desenvolvimento infantil. Os resultados mostraram que é a quantidade dos fatores de risco que interfere no desenvolvimento da criança e não a sua origem. Enfatiza que é improvável que um único fator influencie para melhorar ou piorar o desenvolvimento mas sim, a combinação de vários fatores.

Pode-se considerar como fatores de riscos todas as condições existenciais, na criança ou em seu ambiente, que acarretem um risco de morbidade mental superior ao observado na população em geral através das pesquisas epidemiológicas. Como fatores de riscos destacam-se (MARCELLI, 1986):

- Na criança: a prematuridade, o sofrimento neonatal, a gemelaridade, a patologia somática precoce, e as separações precoces.
- Na família: a separação parental, conflitos crônicos, o alcoolismo, a doença crônica, em particular em um dos pais, famílias uniparentais, o falecimento de um dos pais.

- Na sociedade: a miséria sócio-econômica, a situação migrante e outros.

No entanto, Bee (1997) descreve em seu estudo que toda a criança pode nascer com certas vulnerabilidades como um temperamento difícil, anomalias físicas, alergias, tendências genéticas e outras. Da mesma forma pode apresentar fatores de proteção, como uma inteligência superior, uma boa coordenação, um temperamento fácil que tendem a deixá-la mais resistente diante do estresse. Estas vulnerabilidades e os fatores de proteção interagem com o ambiente da criança, determinando sua capacidade de resiliência (RUTTER, 1987).

Resiliência pode ser definida como a capacidade de responder positivamente ao estresse (RUTTER, 1987), ou seja, “a capacidade de recuperar e manter um comportamento adaptado após um dano”. Ela pode se situar tanto no indivíduo quanto no contexto social, variando de acordo com a etapa do desenvolvimento da criança (CELIA, 2002). Os estudos sobre a resiliência ressaltam que fatores como, o viver em famílias com bom nível de funcionamento, com orientações, com limites claros de seus pais ou cuidadores, favorecem esta capacidade. Enfatizam também a inteligência, o ambiente comunitário, as instituições sociais, as escolas, o professor, a religião, pois todos conseguem fomentar a cultura da resiliência. Todavia, Celia destaca que o fator mais integrador e mais energético para a resiliência é a existência de um apego seguro, obtido nos primeiros anos de vida (CELIA, 2002). Desta forma, pode-se entender porque pessoas com trajetórias semelhantes conseguem se diferenciar, alguns superando crises e outras não conseguindo (PINHEIRO, 2004). Além disso, a possibilidade de se sentir amado, de poder ter alguém para amar, traz a confiança e a segurança para se conseguir a “base segura” sugerida por Bowlby (2002) descrita anteriormente no subitem: aspectos emocionais na dermatite atópica.

Pesce e colaboradores (2004) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação da resiliência com eventos desfavoráveis da vida e fatores de proteção. Avaliaram 997 adolescentes escolares da rede pública de São Gonçalo/RJ. Concluíram que os eventos da vida negativos não apresentam relação com a resiliência, mas os fatores de proteção mostraram-se todos correlacionados. Destacaram que os adolescentes com maiores níveis de resiliência apresentaram uma auto-estima elevada, tinham uma boa supervisão familiar, um bom relacionamento interpessoal e um bom apoio social (emocional, afetivo e informacional).

Desta forma, esses conceitos básicos descritos no referencial teórico sobre a saúde mental infantil, devem nortear uma avaliação criteriosa dos aspectos emocionais no desenvolvimento infantil.

2.2.1 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL INFANTIL

Na identificação das possíveis vulnerabilidades das crianças expostas a situações de riscos, ou das variáveis que têm protegido essas crianças, tornando-as resilientes, os profissionais de saúde mental infantil, podem utilizar alguns instrumentos de avaliação. Contudo, alguns cuidados devem ser tomados na realização desta avaliação, especialmente no que se refere à escolha do instrumento, as normas de aplicação, a padronização para as crianças do Brasil, os objetivos esperados e a habilitação do profissional (SOUZA, 2004).

Vários instrumentos padronizados têm sido utilizados como auxiliares na avaliação de diferentes aspectos da saúde mental de crianças e adolescentes (DUARTE; BORDIN, 2000).

O CBCL - *Child Behavior Checklist*.

Atualmente, um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (04-18 anos) é o CBCL – *Child Behavior Checklist*. Este inventário tem apresentado uma comprovada eficiência em pesquisa, além de seu uso nos serviços de saúde mental como rastreador capaz de discriminar indivíduos com psicopatologia e indivíduos normais (ACHENBACH, 1991; BORDIN; et al., 1995; REICHENBERG, 2005).

O CBCL já foi traduzido em 55 línguas, validado no Brasil com a denominação de Inventário de Comportamentos da Infância e adolescência e, apresenta boa confiabilidade, até mesmo em crianças de diferentes culturas (BORDIN; et al., 1995; ALFONS; et al., 1997).

É constituído de 138 itens, divididos em dois blocos. O primeiro bloco tem 20 perguntas relacionadas à competência social (esportes, passatempos, grupos de amigos, participação em grupos, desempenho escolar, relacionamentos com pessoas e independência no brincar ou trabalhar). Estas perguntas exigem que os pais/cuidadores comparem os comportamentos de seus filhos com os de outras crianças da mesma idade, definindo-os como abaixo, acima ou dentro da média. As comparações solicitadas são em relação ao tempo dedicado às diversas atividades, grau de participação nos grupos, qualidade do relacionamento familiar, independência ao brincar ou trabalhar e desempenho escolar (ACHENBACH, 1991; RUSH; et al., 2000).

O segundo bloco do CBCL é composto de oito escalas diferentes, totalizando 118 perguntas objetivas sobre sintomatologia emocional e comportamental, respondidas pelos

pais/cuidadores com três alternativas de respostas: item falso ou comportamento ausente (escore=0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (escore=1); e item bastante verdadeiro ou comportamento freqüentemente presente (escore=2) (ACHENBACH, 1991).

Estas 8 escalas específicas, que são: I. retraimento, II. Queixas somáticas, III. ansiedade/depressão, IV. problemas com o contato social, V. problemas com o pensamento, VI. problemas com a atenção, VII. comportamento delinqüente e VIII. comportamento agressivo, possibilitam a obtenção de um escore total (somatório total dos escores de todas as escalas) e escores individuais de cada escala. Outra possibilidade é a obtenção de 3 escores parciais que correspondem às escalas consideradas em conjunto, e subdivididas: Escalas de Introversão (I, II e III), Escalas de Perfil comportamental (IV, V e VI) e Escalas de Extroversão (VII e VIII).

De acordo com o grupo que criou este instrumento, já foram desenvolvidos mais de 8.000 estudos utilizando o CBCL como instrumento de avaliação de comportamento em portadores de doenças. No entanto, não foi encontrado nenhum trabalho que tenha utilizado o CBCL na investigação de comportamento em portadores de dermatite atópica (ASEBA, 2005).

Para exemplificar um destes estudos dentro do universo das doenças psicossomáticas, Liakopoulou e colaboradores (1997) utilizaram o CBCL para avaliar sintomatologia psiquiátrica em crianças portadoras de alopecia areata. Avaliaram 60 crianças, divididas em dois grupos, sendo um grupo estudo e outro controle. Concluíram que as crianças do grupo

estudo apresentaram mais sintomas psiquiátricos em geral do que as do grupo controle. Como sintomas principais, destacaram a ansiedade e depressão.

3 JUSTIFICATIVA

Entendemos que a dermatite atópica como entidade participante das psicodermatoses, necessita de uma investigação mais direcionada sobre os possíveis aspectos psiquiátricos envolvidos na sua manifestação. Acreditamos que estas investigações podem trazer benefícios na elaboração de técnicas e intervenções mais específicas para um tratamento psicoterapêutico como adjuvante à abordagem dermatológica.

4 HIPÓTESE

Existem características sócio-comportamentais em comum entre as crianças portadoras de dermatite atópica

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a competência social e problemas de comportamento em crianças portadoras de dermatite atópica e compará-las com as características de crianças sem a doença.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Avaliar as características comportamentais das crianças portadoras de dermatite atópica.
2. Avaliar as características comportamentais de crianças sem doença de pele ou asma.
3. Traçar um perfil comportamental das crianças portadoras de dermatite atópica.

6 PACIENTES E MÉTODO

6.1 Delineamento do estudo:

Epidemiológico observacional do tipo caso-controle.

6.2 População e amostra:

6.2.1 Grupo estudo:

25 crianças/adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 04 a 18 anos, usuários do Ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre nos anos de 2003 e 2004.

6.2.1.1 Critérios de inclusão:

- Ser criança ou adolescente de 04 a 18 anos;
- Ser portador de dermatite atópica diagnosticada por especialistas;
- Pai, mãe ou cuidador alfabetizado;
- Ter consentimento informado (Apêndice A), assinado previamente por seus pais/responsáveis.

6.2.1.2 Critérios de exclusão:

- Acompanhamento do paciente por alguém que não os pais ou adultos responsáveis por sua criação.

6.2.2 Grupo Controle:

25 crianças/adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 04 a 18 anos, alunos da Escola Pública Estadual Jerônimo de Albuquerque em Porto Alegre/RS nos anos de 2003 e 2004.

6.2.2.1 Critérios de inclusão:

- Ser criança ou adolescente de 04 a 18 anos;
- Ser estudante da Escola Estadual Jerônimo de Albuquerque em Porto Alegre/RS;
- Não ter histórico de doença dermatológica ou alergia respiratória, e nem estar em tratamento médico;
- Pai, mãe ou cuidador alfabetizado;
- Ter consentimento informado (Apêndice A), assinado previamente por seus pais/responsáveis.

6.2.2.2 Critérios de exclusão:

- Acompanhamento do paciente por alguém que não os pais ou adultos responsáveis por sua criação.

6.3 Procedimentos:

As entrevistas com os pais/cuidadores das crianças do grupo-estudo foram realizadas, individualmente, com a aplicação do Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência, feitas no Ambulatório de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS em uma sala privada. As crianças, durante o período da entrevista, ficaram em outra sala com uma recreacionista responsável. Apenas os comportamentos ocorridos nos últimos seis meses foram registrados em formulários.

As avaliações com os pais/cuidadores das crianças do grupo-controle foram realizadas, individualmente, com a aplicação do mesmo inventário, feitas na própria escola onde as crianças estudavam. Para a seleção dos participantes, considerando os critérios de inclusão, foi enviado a todos os pais/cuidadores das crianças, inseridas na faixa etária, uma correspondência perguntando, inicialmente, se gostariam de participar do estudo e sua disponibilidade. Com o retorno das correspondências, foi combinado com a direção da escola datas e horários para as entrevistas. Cada pai, mãe/cuidador foi entrevistado antes da aplicação do inventário quanto a existência ou não de doenças de pele ou alergias respiratórias. Posteriormente a este questionamento, aos que responderam que seus filhos não sofriam de qualquer uma destas doenças, foram explicados os objetivos do trabalho e solicitada a assinatura do consentimento livre e esclarecido. Assim como no grupo-estudo,

somente os comportamentos ocorridos nos últimos seis meses foram registrados em formulário.

De posse dos formulários, para cada uma das escalas (8) que compreende o inventário, foi calculado um valor bruto, assim como um escore bruto total. Foi denominado de escore bruto o somatório das respostas de cada escala sem tratamento estatístico. Este foi obtido através de um programa específico que faz parte do próprio inventário, uma vez que as respostas são armazenadas com valores de 0 (comportamento ausente), 1 (comportamento às vezes presente) e 2 (comportamento freqüentemente presente).

Posteriormente, este banco de dados com os escores (perfis) brutos foi submetido às análises estatísticas.

6.4 Instrumento Utilizado:

Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência (BORDIN; et al, 1995).

6.5 Cálculo amostral:

Os grupos foram equiparados em idade (04-18 anos), sexo, condições sócio-econômicas e informantes dos questionários (pai, mãe e outros). O cálculo do tamanho da amostra foi estimado com uma confiança de 95%, com poder de 90% e tamanho do efeito padronizado em 1, resultando em um total de 50 crianças, 25 em cada grupo.

6.6 Análise estatística:

Para caracterizar a amostra foi utilizada a estatística descritiva, utilizando a média, mediana, mínimo, máximo, desvio padrão, percentis 25 e 75 e freqüências absolutas e

relativas para as variáveis qualitativas, na comparação dos grupos. Para a variável idade utilizou-se o teste T de *student*. Para a variável sexo foi utilizado o Teste Qui-quadrado com correção de Yates e para a variável informantes, onde haviam três opções (pai, mãe e outros) também foi utilizado o Teste qui-quadrado. As demais avaliações foram calculadas com os escores brutos, comparando as variáveis entre os dois grupos, com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Science - SPSS*, com um teste não paramétrico, o Teste de Mann-Withney. O nível de significância considerado foi de 5%.

6.7 Considerações éticas:

Somente foram incluídos pacientes (ou familiares) que concordaram em participar do estudo, entenderam seus critérios e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo foi considerado de risco mínimo, já que as crianças não sofreram abordagens psicoterápicas específicas, somente avaliações.

Todas as crianças que já estivessem em fase escolar foram perguntadas sobre sua vontade em participar do estudo, em caso de negativa, sua vontade foi respeitada.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o protocolo número 03-271 (Anexo A).

7 RESULTADOS

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2003 a dezembro de 2004. A amostra totalizou 50 crianças com as características demonstradas na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Características da amostra dos dois grupos de crianças

Variáveis	Grupos		P
	Estudo	Controle	
Idade- média ± DP	8,7 ± 3,6	9,8 ± 2,5	0,165*
Sexo- n (%)			1,000**
Masculino	13 (52%)	12 (48%)	
Feminino	12 (48%)	13 (52%)	
Informantes – n (%)			0,059**
Mãe	16 (64%)	19 (76%)	
Pai	04 (16%)	06 (24%)	
Outros	05 (20%)	00 (0%)	

* Teste t-student, ** Teste Qui-quadrado

Os grupos foram equiparados em idade, sexo e informantes, como evidenciados após análise estatística.

Quanto à profissão dos pais, encontrou-se um grupo homogêneo como pode ser visualizado na **Tabela 2**, sendo todos pertencentes às classes sociais C e D.

Tabela 2 – Profissão dos pais das crianças participantes dos grupos estudo e controle.

Profissão do Pai			Profissão da Mãe		
Especificação	GE	GC		GE	GC
	n	n		N	n
Professor de primeiro grau	01	00	Professoras de primeiro grau	02	00
Prestadores de serviços, autônomos	11	10	Pretadoras de serviços, autônomas	02	02
Assalariados	08	10	Assalariadas/domésticas	12	11
Nível superior	01	00	Nível superior	01	00
Ausente/ falecido	04	05	Do lar	07	10
			Ausente/ falecida	01	02

Competências sociais

As competências sociais foram avaliadas através de três critérios: atividades desenvolvidas pela criança, relacionamentos sociais e participação na escola. (**Tabela 3**) O critério que se destacou foi com relação às atividades desenvolvidas pelas crianças, pois crianças atópicas (GE) participam menos de atividades do que as do grupo controle.

Tabela 3 – Escores das competências sociais comparados entre os grupos estudo e controle.

Competências Sociais	Grupo		P*
	Estudo	Controle	
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	
Atividades	2,5 (2,0 - 4,0)	5,0 (3,0 – 6,5)	0,002[†]
Social	5,0 (3,5 – 6,0)	5,5 (4,5 – 7,0)	0,113
Escola	4,3 (3,1 – 5,8)	5,0 (4,0 – 5,0)	0,425

* Teste de Mann-Whitney

[†] Valores estatisticamente significativos

Escores totais e das dimensões

As dimensões do inventário (*CBCL*) avaliam de maneira global os grupos. Como resultados foram obtidas diferenças significativas estatisticamente em todas elas, como pode ser visualizado na **Tabela 4**, onde se observa que o GE apresentou alterações sócio-comportamentais quando comparados com o GC.

Tabela 4 – Escore total e escores por dimensão comparados entre os grupos estudo e controle.

Dimensões	Grupo		P*
	Estudo	Controle	
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	
Internalização	22,0 (13,5 – 30,5)	12,0 (7,0 – 16,0)	0,001[†]
Perfil	12,0 (6,5 – 17,0)	7,0 (5,0 – 14,0)	0,048[†]
Externalização	20,0 (15,5 – 26,0)	14,0 (10,0 – 16,5)	0,002[†]
Escore total	56,0 (34 ,0 – 70,5)	36,0 (21,5 – 47,5)	0,004[†]

* Teste Mann- Whitney

[†] Valores estatisticamente significativos

O gráfico das comparações entre as dimensões demonstra uma nítida diferença entre as medianas dos grupos em cada uma das dimensões. (**Figura 1**)

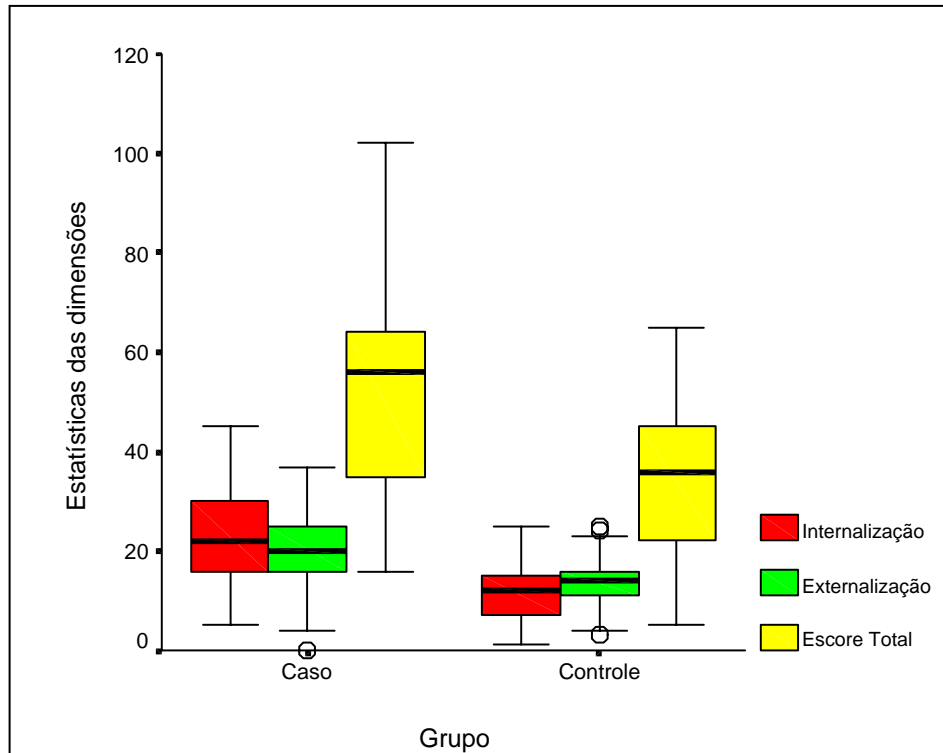


FIGURA 1 – Representação das dimensões do CBCL de acordo com cada grupo de crianças (caso e controle), destacando a mediana obtida de cada escore.

Escores individuais em cada escala

As respostas dos pais, individualmente, encontram-se nos apêndices A-P. Na **Tabela 5**, apresenta-se o resultado total de cada escala, em cada grupo, e o resultado do teste estatístico obtido com a comparação dos resultados entre os grupos. Houve diferença estatisticamente significativa, entre os grupos, nas escalas de queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas de pensamento e comportamento agressivo. No Grupo Estudo os valores foram significativamente maiores do que no Grupo Controle.

Tabela 5 – Escores brutos individuais de cada escala nos grupos estudo e controle.

Escala	Grupos		P*
	Estudo	Controle	
	Mediana (P25-P75)	Mediana (P25-P75)	
Retraimento	6,0 (3,0 – 9,0)	4,0 (2,0 – 6,5)	0,141
Queixas somáticas	5,0 (4,0 – 9,0)	2,0 (1,0 – 4,5)	0,001 [†]
Ansiedade/depressão	9,0 (7,0 – 14,0)	5,0 (4,0 – 7,0)	0,002 [†]
Problemas sociais	4,0 (2,0 – 6,0)	3,0 (1,5 – 5,0)	0,218
Problemas de pensamento	2,0 (0,5 – 2,0)	0,0 (0,0 – 2,0)	0,019 [†]
Problemas de atenção	7,0 (3,5 – 9,5)	3,0 (2,0 – 8,0)	0,068
Comportamento delinqüente	2,0 (1,0 – 4,5)	3,0 (1,5 – 4,0)	0,581
Comportamento agressivo	18,0 (14,0 – 22,5)	11,0 (6,5 – 13,0)	0,001 [†]

* Teste de Mann-Whitney

† Valores estatisticamente significativos

Considerando somente as escalas que apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos, descrevem-se todas as perguntas com seus respectivos resultados do teste estatístico, evidenciando as alterações de comportamento das crianças do GE em comparação com o comportamento do GC (**Tabelas 6, 7, 8 e 9**). As respostas de cada indivíduo participante do estudo estão apresentadas nos apêndices B, C, D, F.

Tabela 6 – Perguntas da escala de queixas somáticas e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.

Perguntas	Grupo		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Sentem menos tonturas	24 (96,0)	18 (72,0)	0,045[†]
Cansa-se muito	8 (32,0)	2 (8,0)	0,099
Reclama de sofrimento ou dores	7 (28,0)	1 (4,0)	0,017[†]
Reclama de dores de cabeça	8 (32,0)	5 (20,0)	0,591
Reclama de enjôo	5 (20,0)	0 (0,0)	0,062
Reclama de problemas nos olhos	6 (24,0)	3 (12,0)	0,439
Tem problemas na pele	25 (100)	0 (0,0)	0,001[†]
Reclama de dores de estômago ou câibras	6 (24,0)	0 (0,0)	0,030[†]
Apresenta muitos episódios de vômitos	2 (8,0)	0 (0,0)	0,235

* Teste Qui-quadrado

[†] Valores estatisticamente significativos

Conforme a **Tabela 6**, as perguntas referentes à tontura, sofrimento ou dores, problemas de pele e dores de estômago se apresentaram significativamente diferentes entre os grupos. No entanto, a questão sobre a queixa “tonturas” apresentou menos queixosos no GE do que no GC, ao contrário do que ocorreu com as outras perguntas.

Tabela 7 – Perguntas da escala de ansiedade/depressão e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.

Perguntas (código da pergunta)	Grupo		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Reclamam mais de ficarem sozinhas (12)	13 (52,0)	4 (16,0)	0,021[†]
Choram muito (14)	7 (28,0)	1 (4,0)	0,029[†]
Tem medo de pensar, ou fazer alguma coisa má (31)	2 (8,0)	6 (24,0)	0,053
Acha que deve ser perfeito (32)	13 (52,0)	3 (12,0)	0,001[†]
Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele (33)	7 (28,0)	2 (8,0)	0,157
Acha que os outros o perseguem (34)	2 (8,0)	0 (0,0)	0,352
Sente-se pior que os outros (35)	4 (16,0)	0 (0,0)	0,086
É nervoso, muito excitado ou tenso (45)	17 (68,0)	4 (16,0)	0,001[†]
Tem medo de tudo (50)	2 (8,0)	1 (4,0)	0,651
Sente-se muito culpado (52)	1 (4,0)	0 (0,0)	0,158
Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado (71)	9 (36,0)	4 (16,0)	0,248
É desconfiado (89)	9 (36,0)	3 (12,0)	0,137
É infeliz, triste ou deprimido (103)	6 (24,0)	0 (0,0)	0,017[†]
Preocupa-se muito (112)	11 (44,0)	3 (12,0)	0,016[†]

* Teste Qui-quadrado

[†] Valores estatisticamente significativos

Na **Tabela 7** verifica-se que algumas perguntas se destacaram entre os grupos, mostrando-se com escores significativamente mais altos no GE do que no GC, como é o caso das perguntas sobre o reclamar de ficar sozinho, chorar muito, achar que deve ser perfeito, ser mais nervoso, sentir-se infeliz e muito preocupado.

Tabela 8 – Pergunta da escala de problemas de pensamento e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.

Perguntas (código da pergunta)	Grupo		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça, obsessões (9)	8 (32,0)	1 (4,0)	0,013[†]
Ouve sons ou vozes que não estão presentes (40)	2 (8,0)	0 (0,0)	0,221
Repete varias vezes as mesmas ações, compulsões (66)	1 (4,0)	1 (4,0)	1,000
Vê coisas que não estão presentes (70)	1 (4,0)	0 (0,0)	0,368
Fica de olhar parado (80)	1 (4,0)	1 (4,0)	1,000
Tem comportamentos estranhos (84)	1 (4,0)	0 (0,0)	0,368
Tem idéias estranhas (85)	1 (4,0)	1 (4,0)	0,600

* Teste Qui-quadrado

[†] Valores estatisticamente significativos

Com relação ao pensamento, somente a pergunta sobre a presença de um pensamento obsessivo mostrou diferenças estatisticamente significativas.

Na **Tabela 9**, que demonstra os resultados das questões referentes ao comportamento agressivo, encontrou-se diferenças significativas nas perguntas que verificam atitudes como discutir muito, ser vaidoso, precisar de muita atenção, ser ciumento, gritar muito, gostar de fazer palhaçadas, ser teimoso, irritado, mudar de humor repentinamente, falar muito e muito alto.

Tabela 9 – Perguntas da escala de comportamento agressivo e seus escores brutos no grupo estudo e no grupo controle.

Perguntas (código da pergunta)	Grupo		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Discute muito (3)	19 (76,0)	4 (16,0)	0,001[†]
É vaidoso (7)	19 (76,0)	11(44,0)	0,024[†]
Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros (16)	2 (8,0)	4 (16,0)	0,667
Requer muita atenção (19)	16 (64,0)	2 (8,0)	0,001[†]
Destrói as suas próprias coisas (20)	4 (16,0)	1 (4,0)	0,359
Destrói objetos da sua família ou de outras crianças (21)	2 (8,0)	1 (4,0)	0,180
É desobediente em casa (22)	6 (24,0)	2 (8,0)	0,290
É desobediente na escola (23)	1 (4,0)	1 (4,0)	0,540
Sente ciúme com facilidade (27)	15 (60,0)	5 (20,0)	0,005[†]
Mete-se em muitas brigas (37)	5 (20,0)	0 (0,0)	0,059
Ataca fisicamente outras pessoas (57)	1 (4,0)	0 (0,0)	0,236
Grita muito (68)	10 (40,0)	1 (4,0)	0,005[†]
Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas (74)	15 (60,0)	6 (24,0)	0,030[†]
É teimoso, mal humorado ou irritado (86)	15 (60,0)	3 (12,0)	0,002[†]
Muda de humor repentinamente (87)	13 (52,0)	3 (12,0)	0,005[†]
Fala muito (93)	18 (72,0)	9 (36,0)	0,033[†]
Perturba os outros freqüentemente (94)	5 (20,0)	1 (4,0)	0,118
Tem crises de raiva/ temperamento exaltado (95)	4 (16,0)	1 (4,0)	0,347
Ameaça as pessoas (97)	2 (8,0)	0 (0,0)	0,114
Fala muito alto (104)	17 (68,0)	5 (20,0)	0,002[†]

* Teste Qui-quadrado

[†] Valores estatisticamente significativos

O CBCL apresenta determinados pontos de corte, apontando o escore que representa um comportamento alterado em comparação com escores obtidos na população em geral. As

tabelas, a seguir, apresentam os dados de cada grupo, considerando os resultados como alterados ou não alterados dentro destes pontos de corte (**Tabela 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17**).

Tabela 10 – Escala de Retraimento avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Retraimento	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	11 (44,0)	6 (24,0)	0,232
Não alterado	14 (56,0)	19(76,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

Tabela 11 – Escala de Somatização avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Somatização	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	18 (72,0)	6 (24,0)	0,002[†]
Não alterado	7 (28,0)	19(76,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

[†] Valores estatisticamente significativos

Tabela 12 – Escala de Ansiedade/ depressão avaliados de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Ansiedade/ depressão	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	10 (40,0)	3 (12,0)	0,053
Não alterado	15 (60,0)	22 (88,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

Tabela 13 – Escala de Problemas sociais avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Problemas Sociais	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	9 (36,0)	5 (20,0)	0,345
Não alterado	16(64,0)	20(80,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

Tabela 14 – Problemas de pensamento avaliado de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Problemas de Pensamento	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	3 (12,0)	1 (4,0)	0,602
Não alterado	22 (88,0)	24 (96,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

Tabela 15 – Escala de Problemas de atenção avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Problemas de Atenção	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	8 (32,0)	9 (36,0)	1,000
Não alterado	17 (68,0)	16 (64,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

Tabela 16 – Escala de Comportamento delinqüente avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Comportamento Delinqüente	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	6 (24,0)	6 (24,0)	1,000
Não alterado	19 (76,0)	19 (76,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

Tabela 17 – Escala de Comportamento agressivo avaliada de acordo com os pontos de corte do CBCL, com o critério de comportamento alterado e não alterado em comparação com a população geral norte-americana.

Resultado do Escore de Comportamento Agressivo	Grupos		P*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Alterado	15 (60,0)	3 (12,0)	0,001[†]
Não alterado	10 (40,0)	22 (88,0)	-

* Teste Qui-quadrado. Resultado da comparação entre os grupo estudo e o grupo controle

[†] Valores estatisticamente significativos

8 DISCUSSÃO

No estudo foram evidenciadas algumas alterações emocionais e de comportamento que possivelmente estão relacionadas ao quadro de dermatite atópica. No entanto, algumas limitações foram encontradas no desenvolver deste estudo, principalmente relacionadas com o próprio CBCL que, por se tratar de um instrumento de verificação de sintomas e utilizado como *screening*, não possibilita um exame mais minucioso de cada uma das questões propostas a serem estudadas, mas indica a presença de alterações nas áreas pesquisadas.

Iniciando pelas competências sociais, foram encontradas diferenças somente na questão atividades, demonstrando que os portadores da doença participam e desenvolvem menos atividades (brincar, jogar e outros) do que as crianças do GC. Entende-se que este seja um achado esperado dentro do universo do atópico, pois em função da constante estigmatização que sofre e, devido aos sintomas, podem ocorrer mais dificuldades na participação de atividades e relacionamentos com outras crianças. Drake e colaboradores (2001) destacam, em seu estudo, esta diminuição das atividades sociais dos portadores de DA, relacionando-a como um dos fatores de impacto na vida familiar. Sampson e Gil (1989), também citam este impacto, destacando a diminuição da participação em atividades sociais como resultado de alguns “problemas práticos” dos portadores de DA. Da mesma forma, a questão “Atividades” está relacionada com a competência social, como descrita anteriormente. Na amostra estudada evidenciou-se a dificuldade das crianças do GE na interação com o seu meio ambiente, como sugerido por Masten e Coatsworth (1998). Também não pode ser esquecido que esta competência sofre influência do temperamento, fator este que poderá ser observado em outras escalas do CBCL.

Nem sempre as crianças atópicas apresentam problemas de sociabilização, nem mesmo dificuldades escolares em função da sua doença, mas sofrem com o sentimento

relacionado ao receio da não aceitação e do preconceito. Gil e colaboradores (1987) examinaram 44 crianças com DA com o objetivo de avaliar o estresse ocasionado por eventos na vida e problemas crônicos diários (colégio, discussão com os pais, passar os cremes e outros) e o impacto destes na exacerbação da doença. Na conclusão de seu estudo não encontraram diferenças significativas que mostrassem a interferência destes itens na DA. Contudo, chama à atenção o fato de que as crianças do GE apresentaram dificuldades em realizar atividades de maneira geral, mas não manifestaram as mesmas dificuldades quando avaliadas especificamente na questão escola e sociabilidade. Este fato pode ser entendido, novamente, sob a influência do temperamento e da personalidade nestas questões.

No presente trabalho, como resultado geral do segundo bloco fornecido pelo CBCL, obtivemos diferenças significativas em todas as dimensões (introversão e extroversão). Achenbach (1966), criador do CBCL, sugeriu esta denominação para facilitar o entendimento das duas dimensões. A primeira, Introversão (BORDIN; et al, 1995), se refere à personalidade da criança e, a segunda, Extroversão (BORDIN; et al, 1995), é relativa à sua conduta. A amostra avaliada neste estudo demonstrou que o GE apresentou diferenças do GC tanto em características de personalidade, quanto em manifestações de conduta. Para a melhor interpretação deste resultado se faz necessária a observação das escalas específicas (retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas de pensamento, problemas de atenção, comportamento agressivo, comportamento delinqüente), as quais serão discutidas individualmente, possibilitando a elaboração de um perfil do grupo estudado.

Dentro da dimensão de Introversão, encontram-se as escalas de retraimento, queixas somáticas e ansiedade/depressão.

Quanto ao retraimento, não houve diferença significativa. Este aspecto demonstrou que os dois grupos se comportaram da mesma maneira, no entanto, acredita-se que esta

característica sofra interferências, dependendo da gravidade e do grau de comprometimento dermatológico do momento. A criança manifesta o desejo de se relacionar, mas pode entrar em conflito com as questões estéticas pessoais, gerando respostas de rechaço, em função da sua aparência, diminuindo as atividades interpessoais. Este comportamento pode ser entendido como conseqüente a dificuldades internas. Outro fato que deve ser considerado é que as crianças do GE são pacientes do Ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde o caráter informativo sobre a doença e a manutenção de um bom vínculo entre as crianças e o médico é incentivado. Este fato traz mais segurança à criança e interfere positivamente na sua capacidade de resiliência (PESCE; et al, 2004).

As queixas somáticas apresentaram um resultado totalmente justificável, pois todas as crianças do grupo estudo tinham mais manifestações somáticas. Entretanto, destaca-se que os pais referem que estas mesmas crianças queixam-se muito de dores ou sofrimentos indiscriminadamente, concordando com a literatura no que se refere à dependência, sensibilidade e ao sentimento de estarem sozinhos, com necessidade de chamar a atenção sob todos os aspectos (DETHELEFSEN; DAHLKE, 1983; GIL; SAMPSON, 1989), colabora ainda o fato de também apresentarem outras doenças do espectro psicossomático como: rinite, asma, alergias e outros (TERREHORST; et al, 2002; KEMP, 2003) Por outro lado, Panconesi e Hautmann, em 1997, sugeriram que os pacientes acometidos de dermatite atópica seriam pessoas introvertidas que internalizam seus problemas e expressam sua ansiedade e conflitos emocionais através da dermatite atópica. Contudo, também poderia ser uma reação “comum” como destaca Joyce McDougall que, afirma que todos temos tendência a somatizar toda vez que as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais.

A escala específica de ansiedade/depressão apresentou significância estatística. Nesta escala as respostas dos pais destacaram a dificuldade de seus filhos ficarem sozinhos,

chorarem muito, acharem que devem ser perfeitos, serem mais tensos e irritados, mostrarem-se mais infelizes e mais preocupados corroborando resultados obtidos por outros autores, de traços de insegurança, baixa auto-estima, e traços depressivos (GIL; SAMPSON, 1989; PANCONESI; HAUTMANN, 1997). Hashiro e Okumura (1997) também encontraram sintomas de ansiedade e depressão associados com outros sintomas psicossomáticos, que não especificam, em seu trabalho. Estas características nos fazem pensar na possibilidade de uma estruturação de traços de caráter do tipo obsessivo.

Comparando este achado com os do estudo realizado por Liakopoulou e colaboradores (1997), que avaliaram a alopecia areata, também considerada dentro das doenças psicodermatológicas, foi encontrado o mesmo resultado, ou seja, as crianças apresentaram mais sintomas relacionados à ansiedade e depressão.

Quanto ao perfil comportamental as seguintes escalas foram analisadas:

Na avaliação dos problemas sociais o resultado confirmou os achados da escala anterior sobre as competências, que também não demonstrou diferenças entre os grupos no critério sociabilização. Poderíamos pensar que estas crianças apresentam capacidades de sociabilização adequadas, porém, enfrentam dificuldades de aceitação pelo grupo pois geram sentimentos de rechaço. No entanto, Balkrishnan e colaboradores (2003) destacam, em seu estudo, o impacto relatado pelas famílias entrevistadas, desta questão na vida familiar, pois referem as dificuldades de relacionamentos sociais como importante fator negativo, interferindo na recreação, na escola e na vida no núcleo familiar. Novamente, pode-se perguntar se não ocorre uma interferência do grau da doença e suas manifestações e a capacidade de estabelecer relacionamentos sociais, o que possivelmente pode variar. Outro fato importante é destacado por Davison e colaboradores (2000), ao enfatizarem que pacientes que entendem sua doença são capazes de falar com amigos, familiares e profissionais mais tranquilamente (DAVISON; et al, 2000). Entre os pacientes do GE, novamente, deve ser

considerada à questão mencionada, pois todos faziam parte do ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital, o qual tem como prática sistemática a explicação da doença ao paciente e familiares.

O inventário de problemas de pensamento, que nesta escala também contempla manifestações de comportamento, mostrou diferença em apenas uma pergunta: “Não conseguem tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões?” Este resultado sugere que as crianças com dermatite atópica são mais preocupadas, mais rígidas em seu pensamento na busca da perfeição. Estes dados nos remetem novamente ao questionamento sobre a relação entre dermatite atópica e pensamento obsessivo.

Quanto aos possíveis problemas de atenção não se evidenciou diferença significativa. Este resultado pode sugerir uma tendência, que talvez com um número maior na amostra pudesse se tornar significativa. Contudo, observa-se na prática clínica, que crianças com dermatite atópica frequentemente apresentam desatenção e hiperatividade. Acredita-se que estes quadros não representem uma entidade nosológica, mas sim sintomas relacionados à depressão e ansiedade.

A dimensão Extroversão inclui as escalas de comportamento delinqüente e comportamento agressivo.

Na avaliação de comportamento delinqüente, não se constatou diferença significativa entre os grupos, sugerindo que estas crianças não apresentam transtornos na área da conduta.

Quanto ao comportamento agressivo, houve diferenças marcadas entre os grupos. Entre as queixas dos pais, destacaram-se as relativas ao fato de que, são crianças que discutem muito, são mais vaidosos, sentem mais ciúmes, gritam muito, gostam de fazer palhaçadas, são teimosos, mudam de humor repentinamente, falam muito e muito alto. Ao agrupar estes sintomas pode-se perceber a dificuldade de verbalização de sentimentos que estas crianças apresentam e a necessidade de atenção ou cuidados que requerem, assim como a importância

de serem aceitas por parte dos adultos. Estes sintomas refletem características já relatadas por outros autores como Gil e Sampson (1989) e Panconesi e Hautmann (1997).

O presente trabalho procurou ir bem mais adiante do que os outros estudos disponíveis na literatura, especificando o tipo de comportamento apresentado, não somente apontado a dimensão ou escalas alteradas, mas sim, o tipo de manifestação apresentada pelas crianças do grupo estudo que difere do comportamento das crianças do grupo controle.

Como resultado global desta investigação, pode-se dizer que as crianças portadoras de dermatite atópica da amostra estudada apresentaram características em comuns, diferentes das crianças sem a doença. O perfil sócio-comportamental deste grupo apresentou-se como crianças com algumas dificuldades de participar de atividades sociais, mas com desejo de fazê-las. Elas queixam-se constantemente de dores ou sofrimentos, são dependentes, sensíveis e têm muita necessidade de chamar à atenção. São crianças ansiosas, que não gostam de ficar sozinhas, choram muito, acham que devem ser perfeitas para agradar os outros. Esta ansiedade torna-se pior em função de suas dificuldades de verbalização, que se expressa por comportamento mais tenso, irritado, discutindo muito, falando alto, sendo teimosos e agressivos. Estes sentimentos podem estar relacionados com o prurido e manifestações clínicas aos quais estão submetidos. Dentro deste perfil, são inseguros, com uma baixa auto-estima, provavelmente acionados pelo difícil manejo da doença, o que também possibilita a mudança repentina do humor. A associação destas características manifesta traços de depressão que podem se tornar mais evidentes se não identificados. Demonstraram, também, características sugestivas de uma dificuldade na competência social, concomitantemente pouco resilientes.

São jovens que passam por um sofrimento psíquico importante que deve ser adequadamente percebido e investigado.

9 CONCLUSÕES

A análise da amostra estudada reflete que:

- As crianças portadoras de dermatite atópica apresentam-se menos competentes socialmente do que as crianças sem a doença.
- Os portadores de dermatite atópica apresentam mais problemas de comportamento do que as crianças sem a doença.
- As crianças do grupo estudo mostram mais sintomas emocionais e comportamentais de ansiedade, depressão, insegurança, teimosia e agressividade quando comparadas com as crianças sem a doença.
- A pouca resiliência parece ser um traço comum às crianças portadoras de DA.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas investigações têm sido realizadas com o objetivo de desvendar a complexidade da dermatite atópica como doença psicossomática, assim como a sua compreensão fisiológica, bioquímica e genética. Os achados do presente estudo sinalizam para a necessidade de abordar a doença psicossomática não só tratando a manifestação aguda dermatológica, mas também contemplando os componentes emocionais da criança em sofrimento. O entendimento das questões emocionais e comportamentais destes pacientes possibilita o desenvolvimento de manejos terapêuticos mais adequados e abrangentes. Ao mesmo tempo evidencia a necessidade do atendimento interdisciplinar a portadores de dermatite atópica, associado ao tratamento dermatológico como estratégias de prevenção em saúde mental.

Ressaltamos a importância de futuros estudos dentro desta área, utilizando outras escalas mais específicas somadas ao CBCL, o que poderia agregar informações ainda mais consistentes sobre estes aspectos emocionais e comportamentais das crianças portadoras de dermatite atópica e fundamentar atitudes terapêuticas mais abrangentes que incluiriam não apenas o indivíduo, mas também sua família e diferentes amplitudes do seu círculo de relacionamentos.

11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrar A, Freedberg I, Goldsmith L, Moshell A. Report on “Burden of Skin Disease” Workshop. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2004; 9:111-119.
- Achenbach T M. Manual for the CHILD BEHAVIOR CHECKLIST/4-18 and 1991 PROFILE. University of Vermont Department of Psychiatry. Burlington, VT. 1991a.
- Alfons AM, Crijnen MD, Thomas M, Achenbach TM, Frank C, Verhulst, MD. Comparisons of Problems Reported by Parents of Children in 12 Cultures: Total Problems, Externalizing, and Internalizing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1269-1277.
- Arvola T, Tahvanainen A, Isolauri E. Concerns and Expectations of Parents with Atopic Infants. *Pediatr Allergy Immunol*. 2000;11(3):183-188.
- ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment. Disponível em: http://www.aseba.org/products/topics_2005.htm. Acesso em: 20 abril 2005.
- Azambuja RD. Pele e Psiquismo. *Dermatologia.net*. Disponível em: <http://www.dermatologia.net>. Acesso em: março 2005.
- Balkrishnan R, Housman TS, Carrol C, Feldman SR, Fleischer AB. Disease Severity and Associated Family Impact in Childhood Atopic Dermatitis. *Arch Dis Child*. 2003;88:423-427.
- Balkrishnan R, Housman TS, Grummer S, Rapp SR, Clarke J, Feldman SR, et al. The Family Impact of Atopic Dermatitis in Children: The Role of the Parent Caregiver. *Pediatric Dermatology*. 2003;20(1):5-10.
- Balkrishnan R, Manuel J, Clarke J, Carroll CL, Housman TS, Fleischer Jr AB. Effects of an Episode of Specialist Care on the Impact of Childhood Atopic Dermatitis on the Childs Family. *Journal of Pediatric Health Care*. 2003 july/august;17:184-189.
- Bee H. *A Criança em Desenvolvimento*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- Bellfill RL. Nuevas Perpectivas Terapéuticas en la Dermatitis Atópica. *Alergol Immunol Clin*. 2000;15(2):17-37.
- Beyer K, Nickel R, Freidhoff L, Bjorkstén B, Huang S, Barnes K C, et al. Association and Linkage of Atopic Dermatitis with Chromosome 13q12-14 and Sq31-33 Markers. *J Invest Dermatol*. 1995;115:906-908.
- Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da Versão Brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *ABP-APAL*. 1995;17(2):55-66.
- Bowlby J. *Apego – A Natureza do Vínculo*. 3 ed. V1. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Buske-Kirschbaum A, Gierens A, Hollig H, Hellhammer DH. Stress-induced Immunomodulation is Altered in Patients with Atopic Dermatitis. *Journal of Neuroimmunology*. 2002;129:161-167.

Cecconello AM, Koller SH. Competência Social e Empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*. 2000;5(1):71-93.

Célia S. A Capacitação da Resiliência e a Formação da Pele Psicossocial (envelope) In: *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos – Saúde perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. Brasília: LGE; 2002. p. 494.

Chamlin SL, Frieden IJ, Williams ML, Chren MM. Effects of Atopic Dermatitis on Young American Children and Their Families. *Pediatrics*. 2004 september;114(3):607-611.

Champion RH, Parish WE. Atopic dermatitis. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, editores. *Textbook of Dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 589-610.

Choi EH, Brow BE, Crumrine D, Chang S, Man MQ, Elias PM, et al. Mechanisms by Which Psychologic Stress Alters Cutaneous Permeability Barrier Homeostasis and Statum Corneum Integrity. *J Invest Dermatol*. 2005;124:587-595.

Chren MM, Weinstock MA. Conceptual Issues in Measuring the Burden of Skin Disease. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2004;9:97-100.

Cole WC, Roth HL, Sachs LB. Group Psychotherapy as an Aid in the Medical Treatment of Eczema. *J Am Acad Dermatol*. 1988; 18: 286-291.

Cookson W O, Ubhi B, Lawrence R, Abecasis G R, Walley A J, Cox H E, et al. Genetic Linkage of Childhood Atopic Dermatitis to Psoriasis Susceptibility Loci. *Nat Genet*. 2001;27:372-373.

Dahl RE, Broadbent JB, Holdford SS, Sampson HA, Lupo M. Sleep Disturbances in Children with Atopic Dermatitis. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:856-860.

Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who Talks? The Social Psychology of Illness Support Groups. *American Psychologist*. 2000 february;55(2):205-217.

Dethlefsen T, Dahlke R. *A doença Como Caminho*. 18 ed. São Paulo: Cultrix; 1983.

Drake L, Prendergast M, Maher R et al. The Impact of Tracolimus Ointment on Health-related Quality of Life of Adult and Pediatric Patients with Atopic Dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2001;44(1):65-72.

Duarte CS, Bordin IAS. Instrumentos de Avaliação. *Ver Bras Psiquiatr*. 2000;22(II):55-58.

Eichenfield LF, Hanifin JM, Beck LA, Lemanske Jr RF, Sampson HA, Weiss ST, et al. *Dermatite Atópica e Asma: Paralelismo na Evolução do Tratamento*. *Pediatrics*. 2003 julho;7(6):301-311.

Ellis A. Internal Consensus Conference on Atopic Dermatitis II (ICCAD II): Clinical Update and Current Treatment Strategies. *Br J Dermatol.* 2003;148(63):3-10.

Folster-Holst R, Moises U W, Yang L, Fritsch W, Weissenbach J, Christophers E. Linkage Between Atopy and the IgE High-affinity Receptor Gene at 11q13 in Atopic Dermatitis Families. *Hum Genet.* 1998;102:236-239.

Friedman JY, Reed SD, Weinfurt KP, Kahler KH, Walter EB, Schulman KA. Parents Reported Preference Scores for Childhood Atopic Dermatitis Disease States. *BMC Pediatrics.* 2004;4:21.

Gil KM, Keefe F, Sampson H, McCaskill CC, Rodin J, Crisson JE. The Relationship of Stress and Family Environment to Atopic Dermatitis Symptoms in Children. *J Psychosomatic Res.* 1987;31:673-684.

Gil KM, Sampson HA. Psychological and Social Factors of Atopic Dermatitis. *Allergy.* 1989;44(9):84-89.

Hashiro M, Okumura M. Anxiety, Depression and Psychosomatic Symptoms in Patients with Atopic Dermatitis: Comparison with Normal Controls and Among Groups of Different Degrees of Severity. *J Dermatol Science.* 1997; 14:63-67.

Hashiro M, Okumura M. The Relationship Between the Psychological and Immunological State in Patients with Atopic Dermatitis. *J Dermatol Science.* 1998; 16:231-235.

Hijazy M. Principles of Pediatric Dermatology – Chapter 16: Atopic Dermatitis. Kingdom of Saudi Arabia: may 2000; disponível em: <http://www.drnhijazy.com/english/chapters/chapter16.htm>. Acesso em: 17 feve. 2005.

Howlett S. Emotional Dysfunction, Child-family Relationships and Childhood Atopic Dermatitis. *British Journal of dermatology.* 1999;140:381-384.

Ito PCP, Guzzo RSL. Redução Preliminar de Itens da PTS Versão 7 a 14 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2003;16(1):183-190.

Johnson MLT. Defining the Burden of Skin Disease in the United States – A Historical Perspective. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004;9:108-110.

Kemp, AS. Cost of Illness of Atopic Dermatitis in Children – A Societal Perspective. *Pharmacoeconomics.* 2003;21(2):105-113.

Kiebert G, Sorensen SJ, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, et al. Atopic dermatitis is associated with a Decrement in Health-related Quality of Life. *Int J Dermatol.* 2002;41:151-8.

Kimata H. Enhancement of Allergic Skin Wheal Responses in Patients with Atopic Eczema/Dermatitis Syndrome by Playing Video Games or by a Frequently Ringing Mobile Phone. *European Journal of Clinical Investigation.* 2003;33:513-517.

Koblentz CS. Itching and the Atopic Skin. *J Allergy Clin Immunol.* 1999; 104(32):109-13.

- Lapidus CS. Social Impact of Atopic Dermatitis. *Med Health R I*. 2001;84(9):294-295.
- Lee YA, Wahn U, Kebert R, Tarani L, Businco L, Gustafsson D, et al. A Major Susceptibility Locus for Atopic Dermatitis Maps to Chromosome 3q21. *Nat Genet*. 2000;26:470-473.
- Leicht S, Hanggi M. Atopic Dermatitis. *Postgraduate Medicine*. 2001 june;109(6):119-127.
- Leung DYM, Boguniewicz M, Howell MD, Nomura I, Hamid QA. New Insights into Atopic Dermatitis. *The Journal of Clinical Investigation*. 2004 march;113(5):651-657.
- Liakopoulou M, Alifieraki T, Katideniou A, Kakourou T, Tselalidou E, Tsiantis J, et al. Children with Alopecia Areata: Psychiatric Symptomatology and Life Events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 may;36(5):678-684.
- Linnet J, Psych C, Jemec G. Anxiety Level and Severity of Skin Condition Predicts Outcome of Psychotherapy in Atopic Dermatitis Patients. *Int J Dermatol*. 2001; 40:632-636.
- Maciel BMM. Dermatitiss Atópica, Fisiopatogenia, Cuadro Clínico y Diagnóstico. *Alergia, Asma e Imunologia Pediátrica*. 2001 enero-febrero;10(1):12-14.
- Marcelli D. *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra*. 5ed. Artmed:Porto Alegre; 1998.
- Masten AA, Coatsworth JD. Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments. *American Psychologist*. 1998 fev;53(2):205-220.
- Mc dougall J. *Teatros do Corpo: O Psicossoma em Psicanálise*. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
- Michel F B. Psychology of Allergic Patient. *Allergy*. 1994;49:28-30.
- Noren P. Habit Reversal: a Turning Point in the Treatment of Atopic Dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 1995;20(1):2-5.
- Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of Stress in Dermatology. *Dermatol Clin*. 1997;14(3):399-421.
- Pauli-Pott U, Darui A, Beckmann D. Infants With Atopic Dermatitis: Maternal Hopelessness, Child-Rearing Attitudes and Perceived Infant Temperament. *Psychother Psychosom*. 1999;68:39-45.
- Pedreira JL, Palanca I, Sardinero E, Martin L. Los Trastornos Psicomaticos em la Infancia y la Adolescencia. *Ver Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*. 2001;3(1):26-51.
- Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e Proteção: em Busca de um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004 maio-ago;20(2):135-143.
- Picardi A, Abeni D. Stressful Life Events and Skin Diseases: Disentangling Evidence from Myth. *Psychother Psychosom*. 2001;170:118-136.

Pinheiro DPN. A Resiliência em Discussão. *Psicologia em Estudo*. 2004;9:67-75.

Plante WA, Lobato D, Engel R. Review of Group Interventions for Pediatric Chronic Conditions. *J Pediatr Psychol*. 2001;26(7):435-453.

Hijazy Mahmoud. Principles of Pediatric Dermatology – Chapter 16: Atopic Dermatitis (homepage on the internet). Kindom of Saudi Arábia: may 2000; disponível em: <http://www.drnhijazy.com/english/chapters/chapter16.htm>. Acesso em 17 fev. 2005.

Reichenberg K. The Child Behavior Checklist in the Study of Emotional and Behavioral Problems in Children With Asthma. *Allergy*. 2005;60:707-708.

Ring J, Palos E, Zimmermann F. Psychosomatic Aspekte der Eltern-kind Beziehung bei Atopischen Ekzem im Kindersalter. I. Psychodiagnostische Testverfahren bei elter und Kindern und Vergleich mit Somatischen Befunden. *Der Hautarzt*. 1986;37:560-567.

Ring J, Darsoe U. Eczema Atópico: Uma Doença com Potencial de Afetar a Qualidade de Vida. In: Simpósio Satélite realizado no 9 Congresso da Academia Européia de Dermatologia e Venerologia. 2000. Suíça. Resumo. São Paulo: Novartis, 2000.

Rush AJ, Pincus HA, First MB, Blacker D, Endicott J, Keith SJ, et al. Handbook of Psychiatric Measures. 1ed. Washington: American Psychiatric Association; 2000.

Rutter M, Tuma AH, Lann I. Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology. New York: The Guilford Press; 1997.

Sameroff AJ. Neo-environmental Perspective on Developmental Theory. In: Hodapp RM, Burack JA, Zigler E. Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation. 1990;93-111.

Sanz ML. Imunopatologia en Dermatitis Atópica. *Alergol Immunol Clin*. 2000; 15(2):17-37.

Schmid-Ott G, Reibold S, Ernst G, Niederauer HH, Kunsebeck HW, Schulz W, et al. Development of Questionnaire to Assess Attitudes towards Psychotherapeutic Treatment. *Dermatol Psychosom*. 2003;4:187-193.

Schubert C, Geser W, König P, Lampe A. Stressful Life Events and Skin Disease: An Additional Perspective from Research on Psychosomatic Dynamics in Systemic Lupus Erythematosus. *Psychother Psychosom*. 2002;71:123-124.

Sidbury R, Hanifin JM. Old, New and Emerging Therapies for Atopic Dermatitis. *Dermatol Clin*. 2000 jan; 18(1):1-11.

Smith-Rohrberg D. Interactions Between Mental States, Physiology, and Immunity. *The Harvard Brain*. 2000;7.

Souza J. Maturidade Emocional e Avaliação Comportamental de Crianças Filhas de Alcoolistas. (dissertação). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

Staab D, Rueden VU, Kehrt R, Erhart M, Wenninger K, Kamtsiuris P, et al. Evaluation of a Parental Training Program for the Management of Childhood Atopic Dermatitis. *Pediatr Allergy Immunol*. 2002;13:84-90.

Stevenson J. Relationship Between Behavior and Asthma in Children With Atopic Dermatitis. *Psychos Med*. 2003;65:971-975.

Terreehorst I, Duivenvoorden HJ, Tempels-Pavlica Z, Oosting AJ, Monchy GR, Bruijnzeel-Koomen CAFM, et al. The Unfavorable Effect of Concomitant Asthma and Sleeplessness due to the Atopic Eczema/Dermatitis Syndrome (AEDS) on Quality of Life in Subjects Allergic to House-dust Mites. *Allergy*. 2002;57:919-925.

Warschburger P, Buchholz HTH, Petermann F. Psychological adjustment in parents of young children with atopic dermatitis: which factors predict parental quality of life? *Br J Dermatol*. 2004; 150:304-311.

Williams JR, Burr ML, Williams HC. Factors Influencing Atopic Dermatitis – a Questionary Survey of Schoolchildrens Perceptions. *Br J Dermatol*. 2004;150:1154-1161.

Wilson ME, Megel ME, Fredrichs AM, McLaughlin P. Physiologic and Behavioral Responses to Stress, Temperament, and Incidence of Infection and Atopic Disorders in the First Year of Life: A Pilot Study. *J Ped Nurs*. 2003 august;18(4):101-104.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Justificativa: a dermatite atópica é uma doença muito comum, principalmente nas crianças, apresentando sintomas bastante variados, desde bem leves até muito graves que levam o paciente à internação hospitalar. Vários motivos podem fazer com que a doença apareça, e os motivos emocionais muitas vezes são bem importantes. Um dos sintomas principais e que incomoda muito é a coceira, que pode piorar com os problemas emocionais do dia a dia das crianças. Entender e manejar as situações que provocam coceira nestes pacientes pode ajudar a melhorar bastante a doença em geral e o conforto dos pacientes.

Objetivos: avaliar possíveis problemas emocionais que podem estar interferindo na doença e na coceira nas crianças que têm dermatite atópica e estão participando de grupos de apoio. Ao final do estudo será feita uma reunião com os pais das crianças para mostrar os resultados e possíveis orientações.

Desconforto e riscos: não se espera nenhum desconforto ou risco para os participantes da pesquisa. Os encontros dos grupos de apoio serão realizados de quinze em quinze dias, com duração de duas horas. As reuniões terão a participação de psiquiatra e estudantes de medicina envolvidos no estudo, que desenvolverão atividades orientadas pelo psiquiatra, além dos pacientes. As crianças terão a liberdade de juntar-se aos pais quando quiserem, assim como estes de ficar junto aos filhos nas atividades. Cada paciente participará de pelo menos oito reuniões durante um ano.

Declaro que fui detalhadamente informado sobre o estudo do qual farei parte. Sei que se trata de um trabalho de investigação para determinar a influência dos fatores emocionais no aparecimento da coceira da dermatite atópica e que os resultados serão confidenciais e anônimos.

Comprometo-me a comparecer regularmente nas datas marcadas e a realizar todas as atividades solicitadas.

Fui igualmente informado:

1. da garantia de que os dados obtidos na pesquisa serão mantidos em banco de dados, sendo resguardado o anonimato do participante do estudo.
2. da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
3. da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem que isto traga prejuízo à continuação do meu cuidado e tratamento.
4. de que não terei despesas adicionais por participar do estudo.

Declaro estar de acordo que a criança abaixo referida, sob minha responsabilidade pode participar da pesquisa nos termos acima expressos.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
14 / 10 / 03
MC 03271

GPPG - Recebido

13 OUT 2003

Por Marta nº 03-271

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

Nome _____ Idade: _____

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Testemunha: _____

**Pesquisador responsável: Tânia Ferreira Cestari Fone contato: 3316 8570 e Paulo Fontes Neto,
Cel: 9975-4921**

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
14/10/03
MC 03271

APÊNDICE G- Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo estudo, na escala de problemas de pensamento.

A primeira linha correspondente ao número da pergunta específica (ver perguntas – ANEXO B), e a coluna correspondendo ao número do entrevistado. As respostas correspondem: 0= não é verdadeira, 1= algumas vezes verdadeira e 2= frequentemente verdadeira.

Problemas de pensamento GRUPO ESTUDO	Perguntas						
	9	40	66	70	80	84	85
pacientes							
1	2	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	0	0
3	0	2	0	0	0	0	2
4	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0
6	2	0	0	0	0	0	0
7	2	0	0	0	0	0	0
8	1	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	2	2	0
10	2	0	0	0	0	0	0
11	1	0	0	0	1	0	0
12	1	0	0	0	0	0	0
13	2	0	0	0	0	0	0
14	2	0	0	0	0	0	0
15	1	0	1	0	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0
17	1	2	0	2	0	0	0
18	2	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0
20	1	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0	0
22	1	0	0	0	0	0	0
23	1	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	1	0	0
Total 0	9	23	24	24	22	24	24
Total 1	8	0	1	0	2	0	0
Total 2	8	2	0	1	1	1	1
Total	25	25	25	25	25	25	25

APÊNDICE Q- Respostas obtidas de cada entrevistado do grupo controle, na escala de problemas de pensamento.

A primeira linha correspondente ao número da pergunta específica (ver perguntas – ANEXO B), e a coluna correspondendo ao número do entrevistado. As respostas correspondem: 0= não é verdadeira, 1= algumas vezes verdadeira e 2= frequentemente verdadeira.

Problemas de pensamento GRUPO CONTROLE	Perguntas						
	pacientes	9	40	66	70	80	84
1	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0
4	2	0	0	0	0	0	0
5	1	0	1	0	1	0	2
6	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0
8	1	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	1	0
11	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	1	0	0	1
13	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	1	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	0	0	2	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	0
19	1	0	0	0	0	0	0
20	1	0	0	0	0	0	0
21	1	1	0	0	0	0	0
22	0	0	0	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0	0

Total 0	18	24	24	24	22	24	23
Total 1	6	1	1	1	2	1	1
Total 2	1	0	0	0	1	0	1
Total	25	25	25	25	25	25	25

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA E DA COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE DO HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921) analisaram o projeto:

Projeto: 03-271

Versão do Projeto: 01/10/2003

Versão do TCLE: 13/10/2003

Pesquisadores:

TANIA FERREIRA CESTARI

PAULO DE TARSO DA LUZ FONTES NETO

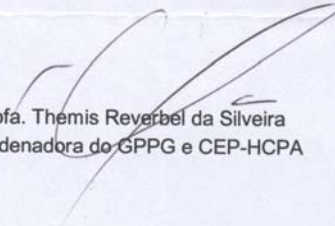
SUZANA DEPERMANN FORTES

MAGDA B. WEBER

Título: OBSERVAÇÕES SOBRE OS ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DAS CRIANÇAS ATÓPICAS PARTICIPANTES DE GRUPO DE APOIO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 14 de outubro de 2003.


Prof. Themis Reverbél da Silveira
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

ANEXO B – PERGUNTAS DO CBCL

NÚMERO	PERGUNTAS
01	Age de maneira muito infantil para a sua idade
02	Tem alergia(s)
03	Discute muito
04	Tem asma
05	Comporta-se como se fosse do sexo oposto
06	Faz suas necessidades fora do banheiro
07	É vaidoso
08	Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo
09	Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões
10	Não consegue ficar sentado, é irrequieto ou hiperativo
11	Agarra-se aos adultos ou é muito dependente
12	Reclama de estar muito sozinho
13	Fica confuso ou parece ficar sem saber onde está
14	Chora muito
15	É cruel com animais
16	Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros
17	Sonha acordado ou perde-se em seus pensamentos
18	Já tentou se suicidar
19	Requer muita atenção
20	Destroi as próprias coisas
21	Destroi os objetos da família ou de outras crianças
22	É desobediente em casa

23	É desobediente na escola
24	Não come bem
25	Não se dá bem com outras crianças
26	Não parece se sentir culpado depois de se comportar mal
27	Sente ciúmes com facilidade
28	Como ou bebe coisas que não são próprias para comer/beber
29	Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola
30	Tem medo de ir a escola
31	Tem medo de pensar, ou fazer alguma coisa má
32	Acha que deve ser perfeito
33	Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele
34	Acha que os outros o perseguem
35	Sente-se pior que os outros
36	Tem tendência a cair muito
37	Mete-se em muitas brigas
38	As pessoas riem dele
39	Anda com crianças que se metem em muitas brigas
40	Ouve sons ou vozes que não estão presentes
41	É impulsivo, ou age sem pensar
42	Gosta de star sozinho
43	Mente
44	Roi as unhas
45	É nervoso, muito excitado ou tenso

46	Tem movimentos nervosos/ tiques
47	Tem pesadelos
48	As outras crianças não gostam dele
49	Tem prisão de ventre
50	Tem medo de tudo
51	Sente tonturas
52	Sente-se muito culpado
53	Come muito
54	Cansa-se muito
55	Tem peso excessivo
56a	Sofrimentos ou dores
56b	Dores de cabeça
56c	Enjôo
56d	Problemas com os olhos
56e	Problemas de pele
56f	Dores de estômago ou câibras
56g	Vômitos
56h	Outros
57	Ataca fisicamente outras pessoas
58	Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo
59	Brinca com seus órgãos sexuais em público
60	Brinca muito com seus órgãos sexuais
61	Os seus trabalhos escolares são fracos
62	É desastrado ou tem falta de coordenação

63	Prefere brincar com crianças mais velhas
64	Prefere brincar com crianças mais novas
65	Recusa-se a falar
66	Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões
67	Foge de casa
68	Grita muito
69	É reservado e guarda as coisas para si mesmo
70	Vê coisas que não estão presentes
71	Mostra-se pouco a vontade ou facilmente embaraçado
72	Provoca incêndios
73	Tem problemas sexuais
74	Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas
75	É tímido, ou envergonhado
76	Dorme menos que a maioria das crianças
77	Doeme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou a noite
78	Faz porcarias ou brinca com as fezes
79	Tem problemas de linguagem ou dificuldade de articulação
80	Fica de olhar parado
81	Rouba coisas em casa
82	Rouba coisas fora de casa
83	Acumula coisas que não precisa
84	Tem comportamentos estranhos
85	Tem idéias estranhas
86	É teimoso, mal humorado ou irritado

87	Muda de humor repentinamente
88	Se aborrece com facilidade
89	É desconfiado
90	Fala palavrões
91	Fala em matar-se
92	Fala ou caminha quando está dormindo
93	Fala muito
94	Perturba os outros frequentemente
95	Tem crises de raiva/ temperamento exaltado
96	Pensa muito em sexo
97	Ameaça as pessoas
98	Chupa o dedo
99	Preocupa-se muito com limpeza e elegância
100	Tem problemas para dormir
101	Falta a escola sem necessidade
102	É pouco ativo, move-se com lentidão, tem falta de energia
103	É infeliz, triste ou deprimido
104	Fala muito alto
105	Usa álcool ou drogas sem ser para fins medicinais
106	Comete atos de vandalismo
107	Urina-se durante o dia
108	Urina na cama
109	Anda sempre choramingando
110	Deseja ser do sexo oposto

111	Isola-se, não cria relações afetivas com os outros
112	Preocupa-se muito
113	Descreva outro problema de seu filho que não tenha sido mencionado na lista acima

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PEDIATRIA

E-mail ppgped@ufrgs.br – Fone: (051) 3316-5601 e 3316-5613

**NORMAS PARA APRESENTAÇÃO DAS DISSERTAÇÕES E TESES AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PEDIATRIA**

(validade a partir de 01/07/99*).

Capa – conforme encadernação da Gráfica da UFRGS (para versão final)

Na parte superior da capa, em maiúsculas e centralizados, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, abaixo, FACULDADE DE MEDICINA, abaixo, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PEDIATRIA (**todos em tipo arial, tamanho 14**) ;

Título em maiúsculas, centralizado e negrito, no meio da capa (**tipo arial, tamanho 18**);

Nome do autor abaixo do título, em maiúsculas (tipo arial, tamanho 14); - no terço inferior da capa, em maiúsculas, a expressão TESE DE DOUTORADO ou DISSERTAÇÃO DE MESTRADO (**tipo arial, tamanho 14**);

No rodapé local (Porto Alegre, Brasil) e ano (**primeiras letras maiúsculas, tipo arial, tamanho 14**);

Na lombada, no terço superior, colocar primeiro, DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ou TESE DE DOUTORADO **em maiúsculas**, separado por um traço horizontal, no terço médio, o nome do autor, **em maiúsculas**; no terço inferior, separado por outro traço horizontal, o ano da defesa ao comprido (**todos os dizeres da lombada em tipo arial, tamanho 14**);

Na folha de rosto, repetir os dizeres da capa e incluir o nome do orientador (letras iniciais em maiúsculas, **tipo arial , tamanho 14, em negrito**) abaixo do autor e abaixo os dizeres “A apresentação desta tese (dissertação) é exigência do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor (Mestre)” (**tipo arial , tamanho 12**) que substituirá o termo DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ou TESE DE DOUTORADO que consta da capa.

No verso da folha de rosto deverá constar a ficha catalográfica.

Seguem-se, pela ordem, as páginas de AGRADECIMENTOS, SUMÁRIO, LISTA DE ABREVIATURAS, LISTA DE FIGURAS, LISTA DE TABELAS, LISTA DE QUADROS, RESUMO e SUMMARY; - a partir deste ponto, passa a ser desenvolvido o corpo do trabalho, de acordo com as normas da ABNT de 2002. ver na Biblioteca

*As referências bibliográficas deverão estar em ordem alfabética na listagem das referências bibliográficas seguindo as normas de apresentação dos requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas (Jornal de Pediatria 1997;73:213-24). **http://www.jpmed.com.br/port/normas/normas_07.asp**

*As citações no texto deverão ser feitas da seguinte forma: quando dois autores, o nome dos dois; quando mais de dois autores, o nome do primeiro seguido de et al; em ambas as situações devem constar o ano da publicação.

Todo o texto da dissertação ou tese deverá ser em tipo Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo;

Termos de outros idiomas deverão ser em itálico.

A paginação é seqüencial com números arábicos no canto superior direito das páginas e inicia na primeira página da introdução.

VEJA O CAPÍTULO XI DO REGIMENTO DO PROGRAMA <http://www.famed.ufrgs.br/>