Artigo original

Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica

Paulo T. L. Fontes Neto*
Magda B. Weber**
Suzana D. Fortes***
Tânia F. Cestari****
Gabriela Fortes Escobar†
Nicolle Mazotti†
Bruna Barzenski††
Tatiana Laufer da Silva†††
Mariana Soirefmann††††
Clarissa Pratti††††

INTRODUÇÃO

A pele acumula diversas funções no organismo humano, entre elas proteger contra as agressões ambientais e fazer trocas fisiológicas essenciais. Além disto, 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[1].

Muitas das manifestações de emoções são facilmente perceptíveis, como, por exemplo, ficar pálido com um susto, ruborizado com constrangimentos, suar ou ficar arrepiado diante de situações que causem medo. No entanto, diversas informações sobre os processos e as reações psíquicas relacionados às doenças de pele ainda não são entendidas por completo[2]. Dentro desse universo de representações, a dermatite atópica (DA) é uma enfermidade em que a relação entre sofrimento psíquico e manifestação somática está mais evidente[3,4].

A DA é uma dermatose 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 doença 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[5-8]. Independentemente 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[9].

* Médico especialista em psiquiatria. Mestrando, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Pediatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: paite@terra.com.br.

** Médica dermatologista. Professora adjunta – Mestre, Curso de Medicina, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS. E-mail: mbw@terra.com.br.

*** Médica psiquiatra. Psicanalista SPPA. Doutora em Saúde Pública, Universidade de Illinois, Chicago, EUA. Fellow em Psiquiatria Infantil e da Adolescência, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin, EUA.

**** Médica dermatologista. Professora adjunta – Doutora, Curso de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS. E-mail: tcestari@terra.com.br.

† Acadêmica de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, RS.

†† Acadêmica de Medicina, Universidade de Caxias do Sul (UCS), RS.

††† Residente em Psiquiatria, UFRGS, Porto Alegre, RS.

†††† Aluna, Curso de Especialização em Dermatologia, UFRGS, Porto Alegre, RS.

Recebido em 01/09/2005. Revisado em 27/09/2005. Aceito em 27/09/2005.

Estudos evidenciando a importância do componente emocional na etiologia e evolução da DA vêm sendo publicados[3,4,10]. Da mesma forma, Champion & Parish, em 1994, destacaram que pacientes adultos com DA geralmente apresentam manifestações psicológicas graves durante a infância[5].

Quanto à evolução e sua relação com o componente emocional, Davison et al., em 2000, enfatizaram que os pacientes que entendem essa relação são capazes de falar com amigos, familiares e profissionais mais tranqüilamente, pois se sentem mais seguros[11].

Na busca de componentes emocionais que poderiam interferir na doença, alguns autores descrevem traços de personalidade que consideram 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[12-14].

Hashiro & Okumura, em 1997, realizaram um estudo focalizando sintomas psicossomáticos em pacientes com DA. Concluíram que estes portadores, quando comparados com um grupo de indivíduos sem a doença, apresentaram mais sintomas depressivos e outros sintomas psicossomáticos, sugerindo a necessidade destes pacientes serem tratados por dermatologistas e psiquiatras[15].

Outro fato muito importante se refere ao impacto que a DA ocasiona na família dos portadores. Terreehorst et al., em 2002, referiram em seu trabalho esta influência familiar, visto que a maioria deles apresenta também outras doenças, como rinite alérgica, asma e alterações de sono, aparecendo estas comorbidades como agravadoras da situação familiar[16].

Avaliando o fator financeiro, também relacionado ao impacto da doença na família, Kemp destacou o significante 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 a 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[17].

Contudo, estudos utilizando instrumentos psicológicos estandardizados não encontraram diferenças emocionais significativas entre crianças com atopia e crianças sem a doença[18]. A controvérsia existente nas pesquisas realizadas é evidenciada pelo fato de que alguns autores procuram determinar um tipo específico de personalidade em atópicos, e outros não constataram esta possibilidade. Entretanto, existe um consenso de que há uma participação de um componente emocional nas manifestações de DA[3,4,18].

Com o objetivo de avaliar as características emocionais das crianças, os profissionais de saúde mental infantil devem ter um quadro de referência do desenvolvimento normal para analisar e identificar os comportamentos que podem ser indicadores de distúrbios emocionais[19].

Não existe uma linha claramente bem definida e mantida entre o normal e o patológico quando se avalia crianças, pois estas estão em pleno desenvolvimento. A avaliação da criança no aspecto emocional exige que o profissional preste atenção nas características das etapas do desenvolvimento e, concomitantemente, nas variações ambientais. Assim como o profissional deve ter bem claro que os quadros de sintomas da infância não são estáveis, os mesmos podem mudar com a estrutura social e a situação de vida (Carmichael, 1975, apud Souza[19]). Entretanto, compreender o desenvolvimento humano tem sido uma tarefa empreendida por estudiosos, baseada no pressuposto de que "cada etapa é um produto da interação com o meio ambiente em que vive a criança e das forças biológicas que operam nos organismos"[19].

Bee, em 1996, também compartilha deste pensamento em seu estudo, ressaltando que, para explicar a consistência e a mudança no desenvolvimento infantil, é preciso explorar tanto a natureza como o meio ambiente, tanto a biologia como a cultura, e saber como o indivíduo interage com elas. 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[20].

Segundo Masten & Coastsworth, em 1998, a competência é influenciada pela capacidade da criança e pela natureza do contexto onde ela vive, sendo o resultado da complexa interação da criança com seu meio ambiente. Ela mostra-se competente quando consegue realizar alguma tarefa, em um determinado ambiente, de acordo com sua faixa etária, gênero e contexto cultural, social e familiar. Como exemplo, pode-se citar que a criança na faixa etária de 10 a 12 anos deve ser capaz de adaptar-se a regras sociais, desenvolver atividades acadêmicas (ler, escrever, etc.), fazer amizades e ser aceita pelos colegas[21].

Porém, estes mesmos autores também demonstraram que algumas crianças, quando expostas a situação de risco, sofrem prejuízos em seu desenvolvimento. Mas existem aquelas que, na mesma situação, demonstram competência, desenvolvendo habilidades para superar tais adversidades[21,22]. O que poderia então estar influenciando esta habilidade?

Rutter, em 1987, chamou esta capacidade de responder positivamente ao estresse de resiliência, ou seja, "a capacidade de recuperar e manter um comportamento adaptado após um dano"[22]. A resiliência pode se situar tanto no indivíduo quanto no contexto social, variando de acordo com a etapa do desenvolvimento da criança[23].

Pesce et al., em 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 apresentavam relação com a resiliência, mas os fatores de proteção mostravam-se todos correlacionados. Destacaram que os adolescentes com maiores níveis de resiliência apresentavam uma auto-estima elevada, tinham uma boa supervisão familiar, um bom relacionamento interpessoal e um bom apoio social (emocional, afetivo e informacional)[24].

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 se utilizar de alguns instrumentos de avaliação. Contudo, alguns cuidados devem ser tomados na realização desta avaliação, especialmente no que se refere à escolha do instrumento, normas de aplicação, padronização para as crianças do Brasil, objetivos esperados e habilitação do profissional[19].

Atualmente, um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação de sintomas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (4-18 anos) é o ***Child Behavior Checklist*** (CBCL). 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[25].

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[26,27].

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[25,28].

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)[25,28].

Estas oito 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 três escores parciais, que correspondem às escalas consideradas em conjunto e subdivididas em: escalas de introversão (I, II e III), escalas de perfil

comportamental (IV, V e VI) e escalas de extroversão (VII e VIII)[25,28].

Este estudo tem como objetivo avaliar a presença de sintomas emocionais e comportamentais em um grupo de crianças com DA, que são atendidas no Ambulatório do Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), estado do Rio Grande do Sul, Brasil, e comparar com um outro grupo de crianças sem sintomas aparentes, composto de alunos de uma escola da rede pública de Porto Alegre (RS), submetidos à mesma avaliação. Acredita-se que este estudo terá como implicação clínica a utilização deste resultado para implementar as técnicas psicoterápicas existentes, no sentido de focalizar os sintomas encontrados, possibilitando um atendimento mais abrangente de sua doença.

MÉTODO

O estudo é observacional, do tipo caso-controle. Foram incluídos dois grupos (estudo e controle) de crianças. Para o grupo-estudo (GE), foram selecionados, aleatoriamente, 25 pacientes portadores de DA e seus pais/cuidadores entre os pacientes atendidos no Serviço de Dermatologia do HCPA; para o grupo-controle (GC), 25 crianças, matriculadas em uma escola da rede pública de Porto Alegre (RS), selecionadas aleatoriamente entre as classes. Os grupos foram equiparados em idade (4-16 anos), sexo, condições socioeconômicas 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. Como critérios de inclusão do GE, foram considerados: ser criança ou adolescente de 4 a 16 anos; ser portador de DA diagnosticada por especialistas; ter consentimento informado, assinado previamente por seus pais/responsáveis, para a participação das atividades, quando menores. Para o GC, os critérios de inclusão foram: ser criança ou adolescente de 4 a 16 anos; ser estudante da Escola Estadual Jerônimo de Albuquerque, de Porto Alegre (RS); não possuir DA, não estar em tratamento para alguma doença dermatológica ou asma; ter consentimento informado, assinado previamente por seus pais/responsáveis, para a participação das atividades, quando menores.

Como critérios de exclusão, para ambos os grupos, foram observados a não-concordância em participar do estudo e não estar acompanhado de seu cuidador. Todos os participantes concordaram com o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Apesar do CBCL ter sido desenvolvido para ser um instrumento auto-aplicável, neste estudo, a escala foi utilizada em entrevista individual, em função do baixo grau de escolaridade encontrado nas famílias, como descrito durante a sua validação no Brasil[27]. As entrevistas ocorreram no Ambulatório do Serviço de Dermatologia do HCPA com o GE e no próprio colégio das crianças selecionadas com o GC.

Para caracterizar a amostra, foi utilizada a estatística descritiva, utilizando 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 do qui-quadrado com correção de Yates; e para a variável informantes, onde havia três opções (pai, mãe e outros), também foi utilizado o teste do 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) e com um teste não-paramétrico, o teste de Mann-Whitney. O nível de significância foi de 5%.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do HCPA, sob o protocolo nº 03-271.

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. Os grupos foram equiparados em idade, sexo e informantes, como evidenciado após análise estatística. Quanto à profissão dos pais, encontrou-se um grupo homogêneo, sendo que todos eram pertencentes às classes sociais C e D.

Competências sociais

As competências sociais foram avaliadas através de três critérios: atividades desenvolvidas pela criança, relacionamentos sociais e participação na escola. O critério que se destacou foi com relação às atividades

desenvolvidas pelas crianças, ou seja, essas participam menos de atividades do que as crianças do GC (tabela 2).

Tabela 1 - Características da amostra dos dois grupos de crianças

Variável	Grupo		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	4 (16%)	6 (24%)	
Outros	5 (20%)	0 (0%)	

* Teste ***t*** de Student.
** Teste do qui-quadrado.

Escores totais e das dimensões

As dimensões do CBCL avaliam de maneira global os grupos. Como resultados, foram obtidas diferenças significativas estatisticamente em todas elas, como pode ser visualizado na tabela 3, onde se observa que o GE apresentou alterações sociocomportamentais quando comparado com o GC.

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

Escores individuais em cada escala

Na tabela 4, 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, observando-se que houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nas escalas de queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas de pensamento e comportamento agressivo. No

Tabela 2 - Escores das competências sociais comparados entre os grupos

Competência social	Grupo		p*
	Estudo Mediana (P25-P75)	Controle 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.

Tabela 3 - Escore total e escores por dimensão comparados entre os grupos

Dimensão	Grupo		p*
	Estudo Mediana (P25-P75)	Controle 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 de Mann-Whitney.

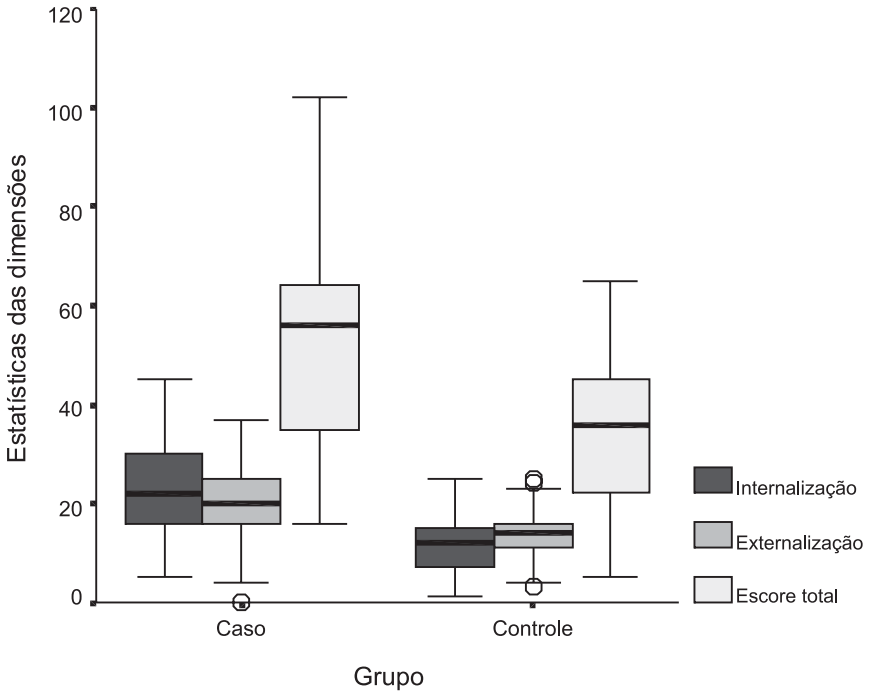

Figura 1 - Dimensões do CBCL de acordo com cada grupo de crianças.

Tabela 4 - Escore individual de cada escala

Escala	Grupo		p*
	Estudo Mediana (P25-P75)	Controle 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.

GE, os valores foram significativamente maiores do que no GC.

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 5 a 8).

Tabela 5 - Perguntas da escala de queixas somáticas e seus escores brutos no GE e no GC

Pergunta	Grupo		p*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Sente 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 cãibras?	6 (24,0)	0 (0,0)	0,030
Apresenta muitos episódios de vômito?	2 (8,0)	0 (0,0)	0,235

* Teste do qui-quadrado.

Tabela 6 - Perguntas da escala de ansiedade/depressão e seus escores brutos no GE e no GC

Pergunta (código da pergunta)	Grupo		p*
	Estudo n (%)	Controle n (%)	
Reclama mais de ficar sozinho? (12)	13 (52,0)	4 (16,0)	0,021
Chora 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 do qui-quadrado.

Tabela 7 - Pergunta da escala de problemas de pensamento e seus escores brutos no GE e no GC

Pergunta (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 várias 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 do qui-quadrado.

Tabela 8 - Perguntas da escala de comportamento agressivo e seus escores brutos no GE e no GC

Pergunta (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 exibir, 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 do qui-quadrado.

DISCUSSÃO

No estudo, foram evidenciadas algumas alterações emocionais e de comportamento que possivelmente estão relacionadas ao quadro de DA. 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 ser 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 sofrida e devido aos sintomas, podem ocorrer mais dificuldades na participação de atividades e relacionamentos com outras crianças. Drake et al. (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[9]. Sampson & Gil (1989) também citam este impacto, destacando a diminuição da participação em atividades sociais como resultado de alguns "problemas práticos" dos portadores de DA[12]. 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 & Coatsworth em 1998[21]. 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 et al., em 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[14]. Contudo, chama a 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)[25]. Achenbach, criador do CBCL, em 1966, sugeriu esta denominação para facilitar o entendimento das duas dimensões. A primeira, introversão[27], se refere à personalidade da criança, e a segunda, extroversão[27], é relativa à sua conduta. A amostra avaliada neste estudo demonstrou que o GE apresentou diferenças quanto ao GC, tanto em características de personalidade quanto em manifestações de conduta. Para a melhor interpretação deste resultado, faz-se 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, e 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 HCPA, onde o caráter informativo sobre a doença e a manutenção de um bom vínculo entre as crianças e o médico são incentivados. Este fato traz mais segurança à criança e interfere positivamente na sua capacidade de resiliência[24].

As **queixas somáticas** apresentaram um resultado totalmente justificável, pois todas as crianças do GE 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 sentimento de estarem sozinhos, com necessidade de chamar a atenção sob todos os aspectos[2,12]. Colabora ainda o fato de também apresentarem outras doenças do espectro psicossomático, como rinite, asma, alergias e outros[16,17]. Por outro lado, Panconesi & Hautmann, em 1997, sugeriram que os pacientes acometidos de DA seriam pessoas introvertidas, que internalizam seus problemas e expressam sua ansiedade e conflitos emocionais através da DA[13]. Contudo, também poderia ser uma reação "comum", como destaca Joyce McDougall, que afirma que todos temos tendência a somatizar quando as circunstâncias internas ou externas ultrapassam os nossos modos psicológicos de resistência habituais[1].

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 e mostrarem-se mais infelizes e mais preocupados, corroborando resultados obtidos por outros autores quanto à presença de traços de insegurança, baixa auto-estima e traços depressivos[12,13]. Hashiro & Okumura, em 1997, também encontraram sintomas de ansiedade e depressão associados com outros sintomas psicossomáticos, que não especificam em seu trabalho[15]. 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 em 1997 por Liakopoulou et al., 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 à depressão[29].

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.

Outro fato importante é destacado por Davison et al. em 2000, ao enfatizarem que pacientes que entendem sua doença são capazes de falar com amigos, familiares e profissionais mais tranqüilamente[11]. Entre os pacientes do GE, novamente, deve ser considerada a questão mencionada, pois todos faziam parte do Ambulatório do Serviço de Dermatologia do HCPA, 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 DA são mais preocupadas, mais rígidas em seu pensamento na busca da perfeição. Estes dados nos remetem novamente ao questionamento sobre a relação entre DA 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 DA freqüentemente apresentam desatenção e hiperatividade. Acredita-se que estes quadros não representem uma entidade nosológica, mas, sim, sintomas relacionados à depressão e à 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 vaidosas, sentem mais ciúmes, gritam muito, gostam de fazer palhaçadas, são teimosas, 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[12,14].

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

Como resultado global desta investigação, pode-se dizer que as crianças portadoras de DA da amostra estudada apresentaram características em comum, diferente das crianças sem a doença. O perfil sociocomportamental 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 a atenção. São crianças ansiosas, que não gostam de ficar sozinhas, choram muito e acham que devem ser perfeitas para agradar os outros. Esta ansiedade torna-se pior em função de suas dificuldades de verbalização e se expressa por comportamento mais tenso, irritado, discutindo muito, falando alto, sendo teimosas e agressivas. Estes sentimentos podem estar relacionados com o prurido e manifestações clínicas aos quais estão submetidas. Dentro deste perfil, são inseguras, com uma baixa auto-estima, provavelmente acionada 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 características sugestivas de uma dificuldade na competência social, concomitantemente a pouca resiliência.

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

CONCLUSÕES

- As crianças portadoras de DA apresentam-se menos competentes socialmente do que as crianças sem a doença.
- Os portadores de DA apresentam mais problemas de comportamento do que as crianças sem a doença.
- As crianças do GE 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas investigações têm sido realizadas com o objetivo de desvendar a complexidade da DA 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 DA, associado a tratamento dermatológico, como estratégia de prevenção em saúde mental.

Como limitações deste estudo, destacamos a incapacidade do inventário utilizado de possibilitar a obtenção de hipóteses diagnósticas, visto que foi criado para avaliações da presença de sintomas. 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 DA e fundamentar atitudes terapêuticas mais abrangentes, que incluiriam não apenas o indivíduo, mas também sua família e diferentes amplitudes do seu círculo de relacionamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos pacientes do Ambulatório do Serviço de Dermatologia do HCPA e seus pais, aos profissionais, alunos e residentes desta mesma instituição, aos alunos da Escola Estadual Jerônimo de Albuquerque e seus pais, assim como ao corpo docente desta escola, que concordou em participar deste estudo, tornando possível esta investigação.

REFERÊNCIAS

1. McDougall J. Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.
2. Dethlefsen T, Dahlke R. A doença como caminho. 18ª ed. São Paulo: Cultrix; 1983.
3. Koblenzer CS. Itching and the atopic skin. J Allergy Clin Immunol. 1999;104:109-13.
4. Hashiro M, Okumura M. The relationship between the psychological and immunological sate in patients with atopic dermatitis. J Dermatol Sci. 1998;16:231-5.
5. Champion RH, Parish WE. Atopic dermatitis. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Textbook of dermatology. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1994. p. 589-610.
6. Arvola T, Tahvanaien A, Isolauri E. Concerns and expectations of parents with atopic infants. Pediatr Allergy Immunol. 2000;11(3):183-8.
7. Lapidus CS, Kerr PE. Social impact of atopic dermatitis. Med Health R I. 2001;84(9):294-5.
8. Kiebert G, Sorensen SJ, Revicki D, Fagan SC, Doyle JJ, Cohen J, et al. Atopic dermatitis is associated with a decrementing health-related quality of life. Int J Dermatol. 2002;41:151-8.
9. Drake L, Prendergast M, Maher R, Breneman D, Korman N, Satoi Y, et al. The impact of tacrolimus ointment on health-related quality of life of adult and pediatric patients with atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2001;44(1):65-72.
10. Cole WC, Roth HL, Sachs LB. Group psychotherapy as an aid in the medical treatment of eczema. J Am Acad Dermatol. 1988;18:286-91.
11. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. Am Psychol. 2000;55(2):205-17.
12. Gil KM, Sampson HA. Psychological and social factors of atopic dermatitis. Allergy. 1989;44(9):84-9.
13. Panconesi E, Hautmann G. Psychophysiology of stress in dermatology. Dermatol Clin. 1997;14(3):399-421.
14. 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 Psychosom Res. 1987;31:673-84.
15. 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 Sci. 1997;14:63-7.
16. 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;57:919-25.
17. Kemp, AS. Cost of illness of atopic dermatitis in children – a societal perspective. Pharmacoeconomics. 2003;21(2):105-113.
18. Ring J, Darsoe U. Eczema atópico: uma doença com potencial de afetar a qualidade de vida. In: Anais do 9º Congresso da Academia Européia de Dermatologia e Venerologia, 2000, Suíça. São Paulo: Novartis; 2000.
19. Souza J. Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
20. Bee H. A criança em desenvolvimento. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
21. Masten AA, Coatsworth JD. Development of competence in favorable and unfavorable enviroments. Am Psychol. 1998;53(2):205-20.
22. Rutter M, Tuma AH, Lann I. Assessment and diagnosis in child psychopathology. New York: The Guilford Press; 1988.
23. Célia S. A capacitação da resiliência e a formação da pele psicossocial. In: Célia S. Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos – saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasilía: LGE; 2002. p. 494.
24. Pesce RP, Assis SG, Santos N, Oliveira RVC. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. Psicol Teor Pesq. 2004;20(2):135-43.
25. Achenbach TM. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. Burlington (VT): University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
26. 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):1269-77.
27. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist"(CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. Rev ABP-APAL.1995;17(2):55-66.
28. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 profile. Burlington (VT) :University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
29. 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;36(5):678-84.

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 conseqüência de episódios recorrentes durante a vida. Considerando estudos recentes que descrevem a associação entre aspectos psicológicos e DA, 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 sociocomportamental de crianças portadoras de DA, 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 DA 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*** Child Behavior Checklist ***(CBCL), 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 DA mostraram mais sintomas relacionados com ansiedade, depressão, alterações de pensamento e comportamento agressivo quando comparadas com crianças sem a doença.

Conclusão: ***Os resultados demonstram 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 that has a significant impact on the patients' quality of life due to 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 it will increase knowledge on the disease.***

Methodology: ***This research aims at evaluating 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 includes patients with atopic dermatitis who have been assisted at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and the control-group is composed 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 with the Child Behavior Cheklist (CBCL), which was validated in Brazil as*** Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência***.***

Results: ***Significant statistic differences were demonstrated in both global dimensions (internalizing and externalizing). Children with AD presented more symptoms related to anxiety, depression, thought alterations and aggressive behavior as compared to children without the disease.***

Conclusion: ***The results emphasize the need of interdisciplinary approaches in treating children with AD, comprising not only the dermatological but also the emotional aspects of the disease.***

Keywords: ***Atopic dermatitis, behavior, children, psychosomatic.***

Title: ***Evaluation of emotional and behavioral symptoms in children and adolescents with atopic dermatitis***

RESUMEN

Introducción: ***La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que presenta un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, en consecuencia de episodios recurrentes durante la vida. Considerando estudios recientes que describen la asociación entre aspectos psicológicos y la dermatitis atópica, se cree que la investigación de la existencia de un posible perfil comportamental de estos niños puede auxiliar el desarrollo de intervenciones psicoterápicas específicas, así como aumentar el conocimiento sobre la enfermedad.***

Método: ***Este trabajo tiene por objetivo realizar una evaluación del perfil socio-comportamental de niños portadores de DA y comparar con el perfil de niños sin la enfermedad. El estudio fue epidemiológico de tipo caso-control. Fueron incluidos dos grupos, siendo un grupo estudio, con pacientes de edad entre 4-18 años, portadores de dermatitis atópica, que consultan en el ambulatorio del Hospital de Clínicas de Porto Alegre-HCPA, y un grupo control, con niños y adolescentes matriculados en escuela de la red pública de Porto Alegre, sin enfermedad dermatológica. El tamaño estimado de la muestra fue de 25 individuos en cada grupo. La colecta de los datos se realizó a través del CBCL (Child Behavior Checklist), validado en Brasil con el nombre de Inventario de Comportamiento de la Infancia y Adolescencia. Este trabajo fue aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre.***

Resultados: ***Como resultados fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas en las dos dimensiones globales (Internalización y Externalización) siendo que los niños portadores de dermatitis atópica del grupo estudiado mostraron síntomas relacionados a ansiedad, depresión, alteraciones de pensamiento y comportamiento agresivo cuando comparadas con niños sin la enfermedad.***

Conclusión: ***Este resultado enfatiza la necesidad de abordajes interdisciplinarios en el tratamiento del niño con DA, valorando no sólo el aspecto dermatológico, sino también el individuo que está en sufrimiento.***

Palabras clave: ***Dermatitis atópica, comportamiento, niños, psicosomática.***

Título: ***Evaluación de los síntomas emocionales y comportamentales en niños portadores de dermatitis atópica***

Correspondência:
Paulo T. L. Fontes Neto
Rua Casemiro de Abreu, 616/303
CEP 90420-000
Porto Alegre – RS
E-mail: paite@terra.com.br

Copyright © Revista de Psiquiatria
do Rio Grande do Sul – SPRS