

SINTOMAS SOMÁTICOS, SOFRIMENTO CORPORAL E TRANSTORNOS RELACIONADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Edição 2019

Olivia Fiertag, Sharon Taylor, Amina Tareen & Elena Garralda

Edição em Português

Editores: Alexandre de Aquino Câmara

Tradutores: José Lino Ferreira Júnior, Kédma Suelen Braga Barros



Sick Girl.
Christian Krogh,
(1880/1881) Galeria
Nacional da Noruega

Olivia Fiertag MBChB,
MRCPsych, PGDip CBT

Psiquiatra da Infância e
Adolescência. Pesquisadora
Clínica Honorária, HPFT NHS
Trust e colaboradora do Colégio
Imperial de Londres, UK

Conflito de interesse: Nenhum
declarado

Sharon Taylor BSc, MBBS,
MRCP, MRCPsych,
CASLAT, PGDip

Psiquiatra da Infância e
Adolescência. Fundação NWL
NHS Trust & Palestrante Clínica
Sênior Honorária do Colégio
Imperial de Londres, UK.
Diretora de Programa Conjunto,
Esquema de Treinamento em
Psiquiatria Infantil de St Mary.

Conflito de interesse: nenhum
declarado

Esta publicação destina-se a profissionais em treinamento ou prática em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são de responsabilidade dos autores e não representam necessariamente os pontos de vista do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação visa descrever os melhores tratamentos e práticas baseadas na evidência científica disponível no momento da escrita, avaliada pelos autores, e podem ser alterados com o resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar esse conhecimento para os pacientes de acordo com as diretrizes e leis de seu país de prática. Alguns medicamentos podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações sobre o medicamento específico, uma vez que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e websites são citados ou ligados com o objetivo de ilustrar os problemas ou como uma fonte de informação adicional. Isso não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP endossam seu conteúdo ou recomendações, que devem ser criticamente avaliadas pelo leitor. Websites também podem mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2022. Esta é uma publicação de acesso aberto sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Uso, distribuição e reprodução em qualquer meio é permitida sem autorização prévia desde que a obra original seja devidamente citada e o uso não seja comercial.

Citação sugerida: Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents. In Rey JM, Martin A (eds), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.

Sintomas físicos (somáticos) são extremamente comuns na infância e na adolescência. Frequentemente, crianças e adolescentes têm dificuldades em expressar emoções através da linguagem e, devido a isso, o sofrimento psicológico pode manifestar-se como sintomas físicos (somáticos).

Os pais geralmente estão cientes de que seus filhos podem experimentar sintomas somáticos se estiverem preocupados ou tentando evitar algo. Grande parte deles podem naturalmente minimizar a importância destes sintomas e tentar descobrir sua causa clínica. Essa estratégia pode ajudar a criança a lidar com as tensões do dia a dia. Todavia, algumas vezes, os sintomas persistem.

Acredita-se que 2-10% das crianças na população geral queixa-se de dores e incômodos (por exemplo dores no estômago, dores nas articulações, dores de cabeça) que provavelmente não tem explicação clínica. O termo *sintomas clinicamente inexplicáveis* refere-se a todos os sintomas corporais incômodos ou recorrentes que não tem uma explicação médica reconhecida para a doença. Sintomas físicos inexplicáveis podem levar a sofrimento, prejuízo no funcionamento e comportamento de busca de cuidados de saúde, como em condições somatizantes, assim como o *transtorno de sintomas somáticos* no DSM-5 (American Psychiatry Association, 2013) e o *sofrimento corporal e transtornos relacionados* na CID-11 (World Health Organization, 2018). Estes eram previamente denominados como “transtornos somatoformes”.

O prejuízo funcional pode ocorrer em crianças com sintomas somáticos sem explicação clínica em qualquer idade e em vários níveis de gravidade. Os sintomas, especialmente quando múltiplos, tendem a estar associados a problemas psicológicos. Há evidências de que, mesmo em crianças menores em idade escolar, aquelas que apresentam frequentes sintomas somáticos são significativamente mais propensas a apresentarem problemas comportamentais e emocionais associados do que crianças sem sintomas, além de serem mais propensas a faltas escolares e a receberem atendimento médico (Domenech-Llaberia et al, 2004). Essas crianças também podem estar em maior risco de desenvolvimento de sintomas físicos e dificuldades psicológicas mais à frente na infância ou adolescência

Existem muitas formas de interação entre sintomas físicos e psicológicos e, na verdade, nenhuma doença é puramente uma ou outra, a qual não se pode separar o corpo da mente. Em pacientes que apresentam repetidamente sintomas físicos especialmente, mas não exclusivamente em que não há explicação médica é indispensável considerar o sofrimento psicológico subjacente. Este capítulo enfoca os transtornos psiquiátricos que se apresentam com sintomas físicos. A Tabela I.1.1 resume as diferentes maneiras pelas quais os aspectos físicos e psicológicos podem estar conectados.

O QUE É SOMATIZAÇÃO?

Este termo descreve uma constelação de características clínicas e comportamentais que indicam a experiência e a comunicação de sofrimento psíquico por meio de sintomas físicos (somáticos), que não são explicados por achados patológicos, atribuindo-os a uma doença física, levando o paciente a procurar ajuda médica. A produção de sintomas geralmente não está sob controle consciente; contudo, em crianças e adolescentes muitas vezes é particularmente

Amina Tareen MBBS,
MRCPsych

Psiquiatra da Infância e Adolescência em Barnet, Enfield e Haringey Mental Health NHS Trust, Professora Honorária, Colégio Imperial de Londres, UK

Conflito de interesse: nenhum declarado

Elena Garralda MD, MPhil,
FRCPsych, FRCPCH

Professora Emérita de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Colégio Imperial de Londres, Consultora Honorária em Psiquiatria da Infância e Adolescência CNWL Foundation NHS Trust, Londres, UK

Conflito de interesse: nenhum declarado

As crianças com transtorno de sintomas somáticos frequentemente ficam angustiadas com seus sintomas, porém não se preocupam muito em ter uma doença real, enquanto seus pais geralmente se preocupam com o fato de elas terem uma doença.

difícil estabelecer o nível de controle consciente. A Tabela I.1.1 abaixo resume as diferentes formas nas quais os aspectos físicos e psicológicos podem estar conectados.

Natureza da Associação	Exemplo
Sofrimento psicológico / Transtornos psiquiátricos podem se apresentar com sintomas físicos	Criança apresentando dor abdominal recorrente de origem não orgânica
Complicações físicas secundárias a problemas psiquiátricos	Criança apresentando insuficiência hepática após intoxicação exógena autoprovocada com altas doses de paracetamol
Consequências psiquiátricas da doença física e do tratamento	Criança com doença falciforme desenvolvendo depressão devido à deterioração da saúde física
Consequências psiquiátricas da doença física e do tratamento	Criança com diabetes e fobia de agulha recusando tratamento levando à agravamento da doença

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

O DSM-5 descreve o *transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados* como transtornos amplos que apresentam sintomas somáticos proeminentes associados a sofrimento e prejuízo significativos. O diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos exige a presença de sinais e sintomas físicos (sintomas somáticos angustiantes associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a eles) ainda que não exista explicação clínica. O achado característico distintivo não é o sintoma somático em si, mas a forma como o indivíduo o apresenta e interpreta. É importante notar que o transtorno de sintomas somáticos pode coexistir ao lado de um transtorno médico diagnosticado. Sintomas clinicamente inexplicáveis permanecem sendo uma característica chave do transtorno conversivo (transtorno dissociativo) e pseudociese (gravidez falsa ou fantasma), em que os sintomas somáticos não são claramente consistentes com a siopatologia médica. No DSM-5, o transtorno conversivo (agora chamado de *transtorno de sintomas neurológicos funcionais*) é categorizado juntamente com *sintomas somáticos e transtornos relacionados*, assim como *transtorno de ansiedade de doença* e o *transtorno factício*.

No transtorno de sintomas somáticos há sintomas físicos que sugerem uma condição médica; no entanto, nenhuma doença médica, uso indevido de substâncias ou outro transtorno mental pode ser encontrado para explicar o nível e o impacto dos sintomas físicos (somáticos). Os sintomas causam sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas. Os sintomas físicos geralmente não são intencionais, com exceção do transtorno factício em que há falsificação deliberada de sintomas físicos ou psicológicos.

Tabela I.1.2 Características de vários transtornos de somatização de acordo com CID-11 e DSM-5

CID-11	DSM-5
<p>Transtorno de Sofrimento Corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas corporais que são angustiantes para o indivíduo. Normalmente, há vários sintomas que podem variar ao longo do tempo; no entanto, um único sintoma pode estar presente (por exemplo, fadiga ou dor) Atenção excessiva direcionada aos sintomas A maior parte dos pacientes buscam repetidamente serviços médicos primários e especializados durante onde várias investigações negativas podem ter sido realizadas Se há outra condição causando ou contribuindo para o sintoma o grau de atenção é excessivo em relação à sua natureza e progressão A atenção excessiva não é reduzida pelos exames, investigações e reafirmações apropriadas Os sintomas corporais são persistentes e presentes na maioria dos dias por vários meses Frequentemente associado a prejuízo do funcionamento social, interpessoal e familiar 	<p>Transtorno de Sintomas Somáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> Existem um ou mais sintomas somáticos causando sofrimento ou prejuízo significativo Há pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados a esses sintomas Os sintomas físicos não são causados intencionalmente Nenhuma condição médica diagnosticável pode explicar totalmente os sintomas. No entanto, eles podem coexistir com doenças físicas Os sintomas podem ser específicos (por exemplo, dor localizada) ou relativamente inespecíficos (por exemplo, fadiga).
<p>Transtorno Dissociativo de Sintomas Neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Sintomas motores, sensoriais ou cognitivos que implicam em uma descontinuidade involuntária na integração normal das funções motoras Os sintomas não são consistentes com uma doença reconhecida do sistema nervoso, outro transtorno mental ou outra condição de saúde ou devido a efeitos do uso de medicamentos ou uso indevido de substâncias. O exame médico e a investigação não revelam a presença de qualquer distúrbio físico ou neurológico conhecido. A possibilidade do aparecimento posterior de doenças físicas ou psiquiátricas graves deve ser sempre considerada. 	<p>Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais)</p> <ul style="list-style-type: none"> Um ou mais sintomas ou déficits que afetam a função motora ou sensorial voluntária que sugere uma condição neurológica ou outra condição médica geral Eventos estressantes de vida são frequentemente, porém nem sempre presentes. Pode haver uma história de traços de personalidade mal-adaptativos e abuso/negligência na infância. O sintoma/déficit não é intencionalmente produzido ou simulado O sintoma/déficit: <ul style="list-style-type: none"> » Não pode, após investigação, ser explicado por uma condição médica, abuso de substâncias ou um comportamento ou experiência culturalmente aceita » Causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento ou requer atenção médica » Não se limita à dor e não é mais bem explicado por outra condição médica

Tabela I.1.2 (continuação)	
CID-11	DSM-5
Transtorno Factício	Transtorno Factício
<ul style="list-style-type: none"> • Fingir intencionalmente sinais e sintomas médicos, psicológicos ou comportamentais • Transtorno/doença pré-existente pode estar presente; no entanto, o indivíduo intencionalmente agrava os sintomas existentes ou falsifica ou induz sintomas adicionais. • Os indivíduos procuram tratamento ou se apresentam aos outros como doentes, lesionados ou incapacitados com base nesses sintomas • O comportamento enganoso não é motivado apenas por recompensas externas óbvias (em contraste com fingimento, onde incentivos externos claros motivam o comportamento). • Os sintomas podem ser impostos a outras pessoas* 	<ul style="list-style-type: none"> • Falsificação de sintomas ou sinais físicos ou psicológicos ou indução de lesão ou doença, associada à fraude identificada • Indivíduos se apresentam como doentes, incapacitados ou lesionados • O comportamento fraudulento é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias • O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno delirante). • Quando os sintomas são impostos a outra pessoa é conhecido como “transtorno factício imposto a outra pessoa” *
*Também conhecido como síndrome de Munchausen por procuração.	

A CID-11 categoriza a somatização sob o título de *transtornos de sofrimento corporal ou experiência corporal*. Este é descrito como tendo sintomas corporais que o indivíduo considera angustiantes e aos quais é direcionada atenção excessiva. Ao contrário do DSM-5, os transtornos de sofrimento corporal da CID-11 não incluem o transtorno conversivo, que é integrado a uma categoria separada de *transtornos de sintomas neurológicos dissociativos* (nos quais há uma interrupção e/ou descontinuidade na integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento).

Tanto no DSM-5 quanto na CID-11 os transtornos somáticos mais comumente observadas em crianças e adolescentes são:

- Transtorno de sintomas somáticos
- Transtorno de sofrimento corporal
- Transtornos dissociativos
- Transtorno conversivo e
- Síndrome da fadiga crônica.

As condições categorizadas em classificações anteriores como transtorno somatoforme ou transtorno de somatização agora seriam incluídas nas categorias de *transtornos de sofrimento corporal/transtorno de sintomas somáticos*. A *síndrome da fadiga crônica* compartilha características importantes com o transtorno de sintomas somáticos, mas não está incluída no DSM-5 como uma categoria separada. É classificado na CID-11 em “outros distúrbios do sistema nervoso” como “síndrome da fadiga pós-viral”. Esta categoria inclui as doenças denominadas *encefalite miálgica benigna* e *síndrome da fadiga crônica*. Se a fadiga não estiver associada a um vírus, recomenda-se codificá-la em distúrbios de sofrimento corporal, que pode se

Síndrome da Fadiga Crônica

Essa condição, anteriormente descrita como “neurastenia” e “fadiga pós-viral” na CID-10, não foi incluída no DSM-IV nem no DSM-5. É classificado na CID-11 em “outros distúrbios do sistema nervoso” como “síndrome da fadiga pós-viral”. Esta categoria inclui as doenças denominadas “encefalite miálgica benigna” e “síndrome da fadiga crônica”. Se a fadiga não estiver associada a um vírus, recomenda-se codificá-la em “distúrbios de sofrimento corporal”, que podem apresentar um único sintoma (por exemplo, fadiga) ou vários sintomas (por exemplo, fadiga, dor, dores). Os critérios para o diagnóstico de fadiga pós-viral incluem:

- Presença de uma infecção viral anterior ao início da doença
- Queixas persistentes e angustiantes de aumento da fadiga após esforço mental ou queixas persistentes e angustiantes de fraqueza corporal e exaustão após esforço mínimo
- Pode ter sensações associadas de dores musculares, tonturas, dores de cabeça, distúrbios do sono, incapacidade de relaxar, irritabilidade, dispepsia
- Os sintomas autonômicos ou depressivos presentes não são suficientemente persistentes e graves para preencher os critérios para qualquer outro transtorno

Os grupos de pacientes com essa condição geralmente se opõem à abordagem psicológica para sua compreensão e gerenciamento (Cohen, 2015), como foi o caso no passado de pacientes com distúrbios somatoformes. Além disso, existem diferentes pontos de vista sobre como deve ser nomeado. Quanto a outros distúrbios neste capítulo, é provável que os mecanismos da doença sejam complexos, com fatores biológicos (infecciosos, imunológicos, genéticos) e psicossociais contribuindo para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas (Brurberg et al, 2014).

apresentar com um único sintoma (por exemplo, fadiga) ou vários sintomas (por exemplo, fadiga, dores, sofrimentos). Um resumo dos critérios específicos para alguns desses distúrbios está descrito na Tabela I.2.2

Todas essas condições incluem:

- Apresentações repetidas de sintomas físicos
- Solicitações persistentes de investigações médicas, apesar de achados negativos e garantia médica
- O paciente muitas vezes resiste às tentativas de discutir a possibilidade de um causa psicológica.

Também descreveremos os critérios para transtorno factício, que apresenta semelhanças na apresentação e no manejo. No transtorno factício, os indivíduos podem ferir-se deliberadamente para simular doenças e descrever sintomas que não estão experimentando objetivando procurar atendimento médico, prolongar o tratamento médico e receber atenção. Por exemplo, em um relato de caso, pensava-se que uma menina de 12 anos sofria de uma febre misteriosa até os 17 anos; descobriu-se que ela estava falsificando leituras do termômetro. Em outros casos, crianças e adolescentes infligiram sérios danos a si mesmos ou enganaram médicos em internações prolongadas e procedimentos cirúrgicos repetidos (DeNoon, 2000). Muitas vezes é difícil na prática clínica fazer uma distinção entre o que é uma manipulação consciente no transtorno factício e o que é uma apresentação psicossomática, particularmente em crianças.

Um caso particular de transtorno factício é quando é *imposto a outro*, normalmente um dos pais a um filho. Essa condição, anteriormente conhecida como síndrome de *Munchausen por procuração*, ocorre quando um cuidador solicita cuidados de saúde em nome de uma criança sem justificativa. Pode envolver ações para realmente produzir sintomas ou relatar falsamente preocupações sobre a saúde física e mental de uma criança (McNicholas et al, 2000; Bass & Glaser, 2014). Por exemplo, uma mãe machuca seu filho levando os médicos a suspeitar e investigar um distúrbio hematológico raro ou um cuidador que deixa seu filho com fome porque suspeita de múltiplas alergias alimentares ou um pai que contamina as

feridas de seu olho com sujeira causando infecção e impedindo a cura.

No transtorno factício e no transtorno factício imposto a outro, o diagnóstico é muitas vezes difícil e pode levar anos. Esse problema não se restringe a uma cultura específica; Feldman e Brown (2002) descreveram 122 casos em 24 países em nove idiomas diferentes. No transtorno factício pode haver uma história de dificuldades de apego e abuso, porém não obrigatoriamente. Em algumas circunstâncias, há falta de recursos pessoais na criança em situações difíceis (por exemplo, grande fracasso escolar ou abuso fora da família) que são resolvidas pela atenção aos problemas fabricados (Fiertag & Eminson, 2014). O transtorno factício imposto a outra pessoa é uma forma grave de abuso infantil que tem implicações físicas para a criança (por exemplo, procedimentos repetidos, faltas escolares, doença ou lesão grave) e efeitos psicológicos (por exemplo, a criança pode desenvolver uma visão distorcida de sua saúde e persistir ansioso com isso).

O FARDO

O transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados apresentam-se repetidamente aos clínicos e pediatras da atenção primária ao invés de psiquiatras, devido aos sintomas apresentados serem físicos, induzindo os familiares a atribuírem os sintomas a causas orgânicas, não psicológicas. O comportamento de procura de serviços de saúde que geralmente acompanha os sintomas somáticos muitas vezes leva a inúmeras investigações e tratamentos médicos potencialmente dolorosos ou até prejudiciais antes que o diagnóstico seja feito e o tratamento apropriado iniciado.

As famílias podem ser céticas sobre a utilidade de uma avaliação psiquiátrica, podendo seguir a investigação de uma patologia orgânica. A investigação excessiva reforça a crença nos pacientes e suas famílias de que existe uma causa física subjacente. Tudo isso pode resultar em um enorme fardo para os pacientes, famílias e serviços de saúde. As crianças faltarão à escola para comparecer a vários compromissos e os pais podem precisar faltar ao trabalho para cuidar de seus filhos e os levar às consultas.

EPIDEMIOLOGIA

Pouco se sabe sobre a incidência ou prevalência das diferentes condições somatizantes. Entretanto, os dados epidemiológicos das queixas somáticas em geral, fatores psicossomáticos e sintomas sem explicação médica são bem documentados.

Queixas Somáticas, Sintomas Medicamente Inexplicáveis e Fatores Psicossomáticos

Cerca de 10% das crianças que frequentam pediatras gerais são descritas como tendo sintomas medicamente inexplicáveis. No entanto, ao considerar todas as crianças atendidas com qualquer tipo de queixa física, em 25-50% dos casos os médicos identificam fatores psicológicos associados ou contribuintes.

Pesquisas em diferentes nações encontraram que cerca de uma em cada quatro crianças se queixa de pelo menos um conjunto de sintomas somáticos semanalmente ou quinzenalmente. Os mais comuns são dores abdominais, cefaleias e dores musculares ou articulares. Sintomas somáticos recorrentes e incômodos ocorrem em menos de 10% das crianças e adolescentes (Garralda, 2005; Rask et

al, 2018).

Transtornos Somatoformes e Dolorosos

Observe que essas duas condições agora estão incluídas no diagnóstico categórico de “transtorno de sintomas somáticos” e “transtorno de sofrimento corporal”.

O *German Early Developmental Stages of Psychopathology Project* documentou transtornos somatoformes em adolescentes e adultos jovens em uma grande amostra de jovens entre 14 e 24 anos. Verificou-se que 12% sofreram, ao longo da vida, pelo menos um transtorno somatoforme. Ter um transtorno somatoforme estava associado ao baixo nível socioeconômico, exceto no caso de transtorno doloroso, que se mostrou mais provável naqueles com ensino superior (Lieb et al, 2000).

Síndrome da Fadiga Crônica

Nos EUA, a taxa populacional de sintomas semelhantes à síndrome da fadiga crônica em crianças e jovens foi estimada em 2%, porém a síndrome completa é muito mais rara (0,19% no Reino Unido) (Chalder et al, 2003; Garralda & Chalder, 2005).

Parece haver uma distribuição desigual da síndrome da fadiga crônica entre os países havendo mais casos descritos nos países nórdicos ocidentais.

Transtornos Conversivos

As taxas de prevalência do transtorno conversivo em todo o mundo são desconhecidas. Um estudo com australianos menores de 16 anos atendidos por médicos pediatras com diagnóstico de transtorno de conversão indica que era um diagnóstico raro (incidência de 2,3-4,2 por 100.000 crianças) (Kozłowska et al, 2007). Isso é apoiado por um estudo de vigilância nacional no Reino Unido que encontrou uma incidência em 12 meses de 1,3 por 100.000 em menores de 16 anos (Ani et al, 2013).

Dor Abdominal Funcional

Em seu estudo clássico, Apley (1975) descreveu que 10% das crianças na população geral (12% do sexo feminino, 9% do sexo masculino) apresentaram pelo menos três episódios de dor abdominal funcional severa o suficiente para afetar a atividade e a funcionalidade durante um período de 3 meses, embora apenas algumas dessas crianças tenham sido severamente afetadas no grau esperado em transtornos somatoformes clínicos. Desde então, taxas comparáveis foram relatadas no Reino Unido (Vila et al, 2012).

IDADE DE INÍCIO E GÊNERO

A maioria dos transtornos de sintomas somáticos e dolorosos surgem na infância e no início da adolescência. Contudo, o transtorno conversivo tende a surgir tardiamente, em uma idade média de 16 anos (Lieb et al, 2000). Os sintomas abdominais aumentam em frequência dos três aos nove anos de idade, aumentando de forma constante até a adolescência. As cefaleias são menos comuns na pré-escola do que em crianças mais velhas ou em adolescentes. Em mulheres, o transtorno doloroso costuma iniciar entre 11 e 19 anos e, em homens, abaixo dos 13 anos.

Os sintomas somáticos ocorrem mais comumente no sexo feminino do que no masculino. As meninas relatam mais sintomas à medida que a puberdade e a adolescência progridem (LeResche et al, 2005). Na maioria dos estudos notou-se que as meninas relatam sintomas em taxas crescentes durante a adolescência, enquanto os níveis de relatos de alguns sintomas somáticos pelos meninos (por exemplo, dor abdominal) caem durante esse período (LeResche et al, 2005).

Embora este seja o padrão geral de idade e gênero, existem variações entre os tipos de somatização. A puberdade também foi considerada um marcador mais importante do que a idade sozinha. Karin et al (2011) constataram que o estado puberal estava associado a alguns, mas não a todos, sintomas somáticos funcionais, sugerindo que fatores biológicos estão envolvidos variadamente na etiologia dos sintomas somáticos.

ETIOLOGIA

Uma variedade de fatores individuais, familiares, biológicos e ambientais têm sido propostos como predisponentes, precipitantes ou perpetuantes em transtornos somatizantes. No entanto, os fatores que são relevantes variam para cada indivíduo, sendo que nenhum desses fatores é por si só necessário ou suficiente para desencadear tal apresentação. Cada indivíduo terá seus fatores de vulnerabilidade únicos; entender isso é vital ao adaptar planos de manejo individualizados (Rask et al, 2018).

Fatores Individuais

Indivíduos com temperamento sensível, cuidadoso e ansioso são mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas somatizantes. Aqueles com histórico de ansiedade e labilidade emocional também correm maior risco. Os fatores precipitantes podem incluir estressores sociais, como comentários rudes sobre o trabalho escolar ou problemas nos relacionamentos, podendo ser evidenciados

Tabela I.1.3 Fatores de risco para somatização em crianças e adolescentes*	
Individuais	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência pessoal de doença física • Foco aumentado nas sensações físicas • Personalidades conscienciosas, vulneráveis, sensíveis e ansiosas • Preocupações particulares sobre relacionamentos com colegas • Alta orientação para desempenho
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de saúde física • Problemas de saúde mental • Somatização parental • Superenvolvimento emocional • Limitações na capacidade de se comunicar sobre questões emocionais
Ambientais	<ul style="list-style-type: none"> • Estressores da vida como, por exemplo, escola, provocações ou <i>bullying</i> • Pressão acadêmica

* Adaptado de Gledhill & Garralda (2009)

pela conexão temporal entre esses estressores e o surgimento dos sintomas. Os estressores na criança podem não ser claramente graves; contudo, em combinação com um temperamento sensível e ansioso, podem ser percebidos de forma mais intensa e ser suficientes para precipitar um episódio de doença. Mesmo eventos comuns da vida podem ser precipitantes. Por exemplo, verificou-se que pré-escolares com frequentes sintomas somáticos sofrem excessivamente em eventos comuns da vida (por exemplo, nascimento de um irmão) em comparação com crianças sem sintomas somáticos. Uma cuidadosa consideração deve ser observada se houver indícios de outros estressores, como abuso ou estresse escolar, impactando a criança. O abuso anterior também pode predispor ou precipitar um episódio de doença, embora pareça ser mais um fator de risco para adultos do que para jovens.

A persistência de sintomas somáticos pode ocorrer por traços individuais na criança (por exemplo, hipersensibilidade, ansiedade) levando-a a ter dificuldades subsequentes de se ajustar às questões cotidianas devido a esses fatores emocionais e temperamentais

Fatores Familiares

Famílias com destacada ansiedade, superproteção, superenvolvimento emocional e altos níveis de angústia materna podem predispor a criança a desenvolver sintomas somatizantes. Em famílias onde há problemas de saúde, os sintomas médicos inexplicáveis da criança podem espelhar as doenças de outros membros da família (por exemplo, a perda de mobilidade de uma criança pode ocorrer em uma família onde um dos pais sofreu paralisia devido a uma lesão acidental). Ademais, fatores como problemas de saúde física, doenças somáticas ou frequentes comportamentos de busca de saúde na família podem contribuir para os sintomas da criança devido a atenção dada a esse tipo de comportamento e devido ao aprendizado por mecanismos de modelagem comportamental.

Problemas de saúde dos pais (sintomas físicos, somáticos ou outros sintomas psiquiátricos), situações cronicamente estressantes (por exemplo, desarmonia conjugal, dificuldades escolares contínuas) podem estar associadas à manutenção de sintomas inexplicáveis ou recorrentes nos filhos. A angústia dos genitores sobre os sintomas da criança e seu relato frequente provavelmente aumentarão a atenção dirigida a eles, limitarão o uso de estratégias alternativas de enfrentamento, como, por exemplo, a distração, reforçando o comportamento da criança ao vivenciar e relatar os sintomas somáticos. Pais de crianças com doença somática, quando comparados a pais de crianças que não apresentam sintomas somáticas recorrentes tendem a ser menos punitivos, desapontados e irritados em suas respostas às queixas de seus filhos. Esse estilo parental pode contribuir para perpetuar a doença. As crenças familiares podem ser dominadas por pensar que há uma causa orgânica subjacente e, caso as famílias não considerem as explicações psicológicas, podem ser resistentes ao tratamento psicossocial, aumentando a probabilidade de persistência dos sintomas.

O efeito da somatização em uma criança provavelmente impactará o funcionamento diário da unidade familiar, bem como na criança. Por exemplo, pode resultar em pais tendo menos tempo de lazer ou tendo que se afastar do trabalho, com as possíveis consequências financeiras. As famílias podem precisar se reorganizar em suas atividades de vida diária para acomodar o cuidado da criança doente, o que pode aumentar a tensão familiar geral.

Fatores Biológicos

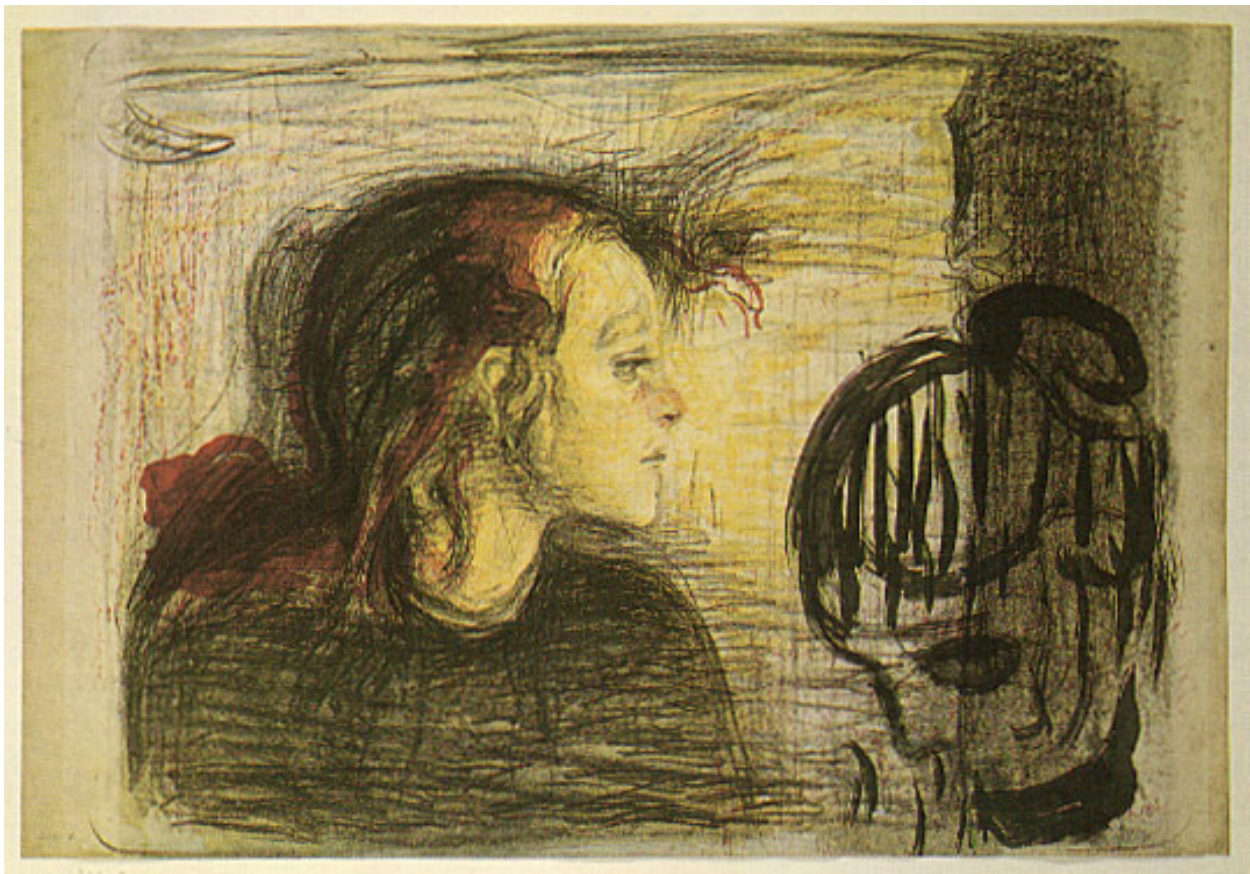
Em alguns casos, os transtornos somáticos parecem vir em seguida a uma doença física recente (dor abdominal funcional intensa após gastroenterite; síndrome de fadiga crônica após mononucleose; perda de função de um membro no transtorno de conversão após lesão física; episódio de desmaio ocorrendo antes de desenvolver pseudo-convulsões).

Verificou-se que a genética desempenha um papel na sensibilidade à dor e outras sensações corporais. Diatchenko et al (2005) relataram que a experiência da dor é influenciada pelo polimorfismo hereditário no gene da catecol-O-metiltransferase (COMT). Uma base genética tem sido sugerida para a relação entre depressão e adversidades da vida (Caspi et al, 2003) e sintomas somáticos funcionais (Yeo et al, 2004; Campo 2012).

Fatores Ambientais

Preocupações na escola como pressão acadêmica, problemas com colegas, relacionamento com professores e, em particular, *bullying* são comuns em crianças com sintomas somáticos e podem ser fatores de risco predisponentes ou precipitantes.

Em geral crianças com sintomas somáticos são particularmente sensíveis às interações sociais e podem ter altas expectativas educacionais. Elas podem expressar sua preocupação como uma incapacidade em obter bom desempenho



The Sick Child. Edvard Munch (1885), O Museu de Munch, Oslo.

escolar devido a seus sintomas, com a ausência escolar os agravando. Elas muitas vezes se sentem envergonhadas, irritadas e incompreendidas, bem como sensíveis às suposições dos outros de que estão tentando faltar à escola. Essas preocupações muitas vezes levam a faltas à escola. A criança pode ficar muito ansiosa para retornar, o que pode manter o problema (ver Tabela I.1.2).

AVALIAÇÃO

Considere transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados quando os seguintes tópicos estão presentes:

- Existe uma relação temporal entre o estressor psicossocial e os sintomas
- A natureza e gravidade ou de consciência do sintoma estão em desacordo com a fisiopatologia
- Há um transtorno psiquiátrico concomitante.

O médico da atenção primária provavelmente será o primeiro a ter contato com a maioria dessas crianças.

A avaliação habitual, as investigações e a garantia de que não há nenhuma condição médica tratável pelo médico de família muitas vezes aliviam as preocupações conscientemente para a criança melhorar, assegurando um nível adequado de funcionamento, sem necessidade de mais intervenções. No entanto, às vezes os sintomas persistem.

Crianças e famílias com sintomas frequentes, persistentes, associados a altos níveis de ansiedade sobre eles podem ser referenciados a um serviço médico especializado em pediatria. Devido à natureza desses problemas, a avaliação neste estágio precisa levar em consideração os fatores físicos e psicossociais contributivos e

Perspectiva dos pais de uma criança que apresenta somatização e doença física coexistentes

Sarah apresentou de forma súbita e completa um quadro de fortes dores de cabeça associado com perda de movimentos em seus braços e pernas. Ela foi diagnosticada com transtorno conversivo, apesar da presença de um tumor cerebral operável. Todos os seus sintomas foram resolvidos após uma intervenção conjunta com profissionais das equipes de saúde mental e médica antes da cirurgia – os cirurgiões não estavam preparados para operar até que todos os sintomas fossem resolvidos, o que felizmente eles resolveram completamente. Abaixo está uma citação de seus pais:

“Nossa filha estava se aproximando de seu aniversário de 15 anos e parecia estar curtindo a vida. Ela tinha muitos amigos, estava indo bem na escola e demonstrava um amplo e vívido entusiasmo por aprender e brincar. Depois de férias em família em outro país surgiram queixas de fortes dores nas costas. Isso evoluiu para dores de cabeça intermitentes e incapacidade de mover os braços e as pernas. Na admissão ao hospital ficou claro que alguns de seus sintomas não tinham origem física. Isso não significava que o problema fosse menos real, apenas mais problemático.

Ficamos sem saber o que pode ter desencadeado esse comportamento. Não havia causas óbvias; um avô havia morrido alguns anos antes, já em idade avançada, e não havia evidência de abuso ou trauma. Só nos restaram as preocupações próprias da puberdade e da adolescência e que não fazem parte do discurso aberto entre pais e filhos. Então estávamos à beira de um mar um pouco esquecido, e pouco recordado de nossa própria adolescência, porém ainda desconhecido para esse indivíduo, desconhecendo a sua relação com esses sintomas.

Vale ressaltar que houve um grande apoio da equipe médica. Nossa filha fez fisioterapia, revisões frequentes da equipe pediátrica e inúmeras entrevistas com o psiquiatra infantil. Sua vida foi explorada a partir de uma perspectiva psicológica, familiar e social. Eventualmente, um evento físico foi encontrado: um tumor cerebral. Este diagnóstico levou a uma rápida mitigação dos sintomas. É possível – ou provável – que o diagnóstico de uma doença física tenha a levado a reduzir seus sintomas. O que é certo é que seus sintomas serviram a um propósito. Certamente, iniciamos o processo com sintomas e sem causa física e terminamos com causa física, mas sem sintomas; uma sequência estranha.”

Este exemplo ilustra as complexidades de muitos desses transtornos e o fato de que um diagnóstico como transtorno de conversão pode coexistir com uma doença física. A doença física não é congruente com os sintomas e os fatores psicossociais são identificados na avaliação psiquiátrica.

mantenedores. A melhor abordagem é utilizar uma estrutura biopsicossocial, onde são considerados fatores biológicos, psicológicos, familiares e sociais. No entanto, se os sintomas persistirem mesmo após esse estágio de avaliação e intervenção (que inclui direcionar os fatores biopsicossociais identificados), se os sintomas forem particularmente graves, ou se houver incerteza diagnóstica, a criança deverá ser encaminhada a um serviço de saúde mental.

O encaminhamento aos serviços de saúde mental deve ser realizado de forma delicada com validação dos sintomas, pois muitas crianças e famílias temem que não estejam sendo levadas a sério e que o encaminhamento aos serviços de saúde mental signifique que seus sintomas não são reais. Durante a avaliação da saúde mental, é extremamente importante checar a opinião da criança e dos pais sobre a doença. Muitos pais podem ainda estar perseguindo causas orgânicas. Portanto, é importante abordar todos os sintomas físicos, descobrir quais distúrbios médicos foram excluídos, explorar possíveis explicações biológicas, estando ciente de que causas físicas e psicológicas podem coexistir. A avaliação psiquiátrica deve incluir avaliação do desenvolvimento e histórico psiquiátrico, estado mental e funcionamento familiar. Avaliações psicométricas podem ser úteis especialmente para determinar se há uma disparidade entre as expectativas educacionais da criança e as habilidades reais. É necessário um histórico escolar detalhado, incluindo dias perdidos na escola por causa dos sintomas.

Mesmo após o início da avaliação e intervenção em saúde mental, muitos familiares de crianças com transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados podem não ser receptivos a explicações psicológicas e podem querer continuar buscando uma investigação mais aprofundada da patologia orgânica. Envolver a família no início do processo de avaliação e trabalhar com eles para alcançar uma visão comum é vital antes que um tratamento e cuidado possa ser instituído. Uma rápida e precisa identificação dos sintomas somáticos podem melhorar o prognóstico, enquanto o diagnóstico incorreto ou o seu atraso podem levar a impactos negativos no prognóstico do indivíduo, na família e na sociedade.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

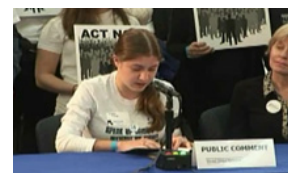
Os sintomas psicossomáticos mais comuns são dores abdominais recorrentes, dores musculoesqueléticas e dores de cabeça, destacando que diferentes sintomas podem coexistir.

Dor Persistente

Dor abdominal, dores de cabeça, dores articulares, entre outras, podem constituir um *transtorno de sintomas somáticos com dor predominante* (anteriormente chamado transtorno doloroso) quando a dor é persistente, intensa, angustiante e ocorre em associação com estressores psicossociais e que são suficientes para haver correspondência etiológica.

Caracteristicamente, a dor abdominal funcional apresenta-se como uma dor intensa difusa ou periumbilical. A dor tende a piorar durante o dia e é provável que não ocorra à noite ou durante as férias escolares. Podem surgir sintomas como alteração do hábito intestinal, vômitos, febre, cefaléia, letargia e palidez, o que pode reforçar crenças familiares acerca de uma patologia orgânica.

As cefaleias são mais caracterizadas como cefaleias tensionais (frequentes, bilaterais, tipicamente frontais, dor em faixa), mas podem, às vezes, coexistir com



Clique na imagem para ouvir Sophie, de 15 anos, descrever sua síndrome de fadiga crônica.

crises de enxaqueca (uma dor periódica, intensa e unilateral acompanhada de aura, com histórico familiar).

Fadiga Crônica

É classificada na CID-11 em “transtornos de sofrimento corporal” ou “fadiga pós-viral”, caso se desenvolva após uma infecção viral. Esta síndrome geralmente começa com uma doença aguda semelhante à gripe ou à mononucleose. Pode iniciar de forma insidiosa e ter curso intermitente. A fadiga crônica é caracterizada por fadiga física e mental, além de exaustão após um esforço mental ou físico comparativamente menor. A fadiga não é aliviada pelo repouso e está associada a um declínio na capacidade de lidar com a situação e afastamento das atividades diárias. É provável que a criança se queixe de dores de cabeça, dificuldade para dormir, dores, falta de concentração, tontura, fraqueza física, mau humor e preocupação com o declínio da saúde física e mental. A fadiga é crônica e não está relacionada a uma doença clínica em curso.

Frequentemente há transtorno comórbido, como ansiedade e depressão. Na avaliação da criança é comum que a sua família já tenha buscado inúmeras opiniões médicas e a criança já tenha recebido diversos diagnósticos. O comprometimento funcional é muitas vezes prolongado, com ausência escolar acentuada e longos períodos de repouso no quarto (Garralda, 1996, Garralda & Chalder, 2005; Roma et al, 2019).

Transtorno Conversivo

Também chamado no DSM-5 de “transtorno de sintomas neurológicos funcionais”, esta condição envolve perda parcial ou completa de sensações ou movimentos corporais não explicado por uma doença neurológica ou médica. Em crianças a apresentação mais comum é a perda ou alteração da função motora.

Crises psicogênicas não epiléticas também podem ser o sintoma de apresentação. Menos comum em crianças ela pode apresentar-se com perda de visão, audição, tato, consciência, fuga ou mutismo. Para realizar um diagnóstico devem haver achados clínicos que demonstrem que os sintomas são incompatíveis com a doença neurológica, levando em consideração o quadro clínico geral, não apenas os sintomas. O fenômeno tradicional da *belle indifference*, que se refere à aparente falta de preocupação com os sintomas, não é particularmente útil no diagnóstico em crianças. Os sintomas geralmente são causados por um gatilho traumático e geralmente desaparecem após algumas semanas ou meses.

Crises Não-Epiléticas Psicogênicas

Estas crises são frequentemente vistas em países ocidentais e podem ser mais comuns em certas culturas. Crises psicogênicas não epiléticas são crises com movimentos ou convulsões que são inconsistentes com as características de uma crise epilética real e sem um EEG anormal. Em uma revisão com 883 pacientes em uma clínica de epilepsia pediátrica observou-se que 15% dos pacientes tiveram eventos não epiléticos paroxísticos. Destes, as taxas de pseudoconvulsões foram de 3% em pré-escolares, 43% na faixa etária de 5 a 12 anos e 87% na faixa etária de 12 a 18 anos (Kotagal et al, 2002). Crises psicogênicas não epiléticas e epilepsia podem coexistir, porém aqueles pacientes com ambas as condições representam uma pequena proporção das crianças diagnosticadas com epilepsia, 1,5% de

acordo com Kotagal (2002). Os sintomas de apresentação podem ser semelhantes às crises epiléticas, levando a atrasos no diagnóstico. Crises psicogênicas não epiléticas podem ocasionalmente fazer parte de apresentações clínicas complexas (por exemplo, Chandra et al, 2017). Crianças com crises psicogênicas não epiléticas apresentam alto risco de comorbidade com outros transtornos mentais, particularmente depressão e ansiedade (Reilly et al, 2013).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fenômenos encontrados em condições somáticas, como queixas físicas e não comparecimento à escola, podem ser um indicador de vários transtornos psiquiátricos subjacentes. Portanto, é importante ter em mente os seguintes diagnósticos diferenciais:

- Fobia escolar e rejeição
- Anorexia nervosa
- Transtorno depressivo
- Transtornos ansiosos e ansiedade de separação
- Mutismo seletivo
- Transtorno factício

COMORBIDADES

Transtornos psiquiátricos comórbidos podem preceder o desenvolvimento dos sintomas somáticos ou podem se desenvolver ao longo do transtorno de sintomas somáticos.

Um terço a metade das crianças que chegam aos serviços de saúde pode ter uma comorbidade psiquiátrica. Isso pode ser intermitente e, na síndrome da fadiga crônica grave, ao longo de um ano, até três quartos podem apresentar um transtorno depressivo ou de ansiedade.

Em crianças em idade escolar as comorbidades mais comuns são ansiedade e depressão. TDAH comórbido e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade também podem estar presentes, especialmente em meninos. Em pré-escolares o TDAH, transtornos de ajustamento, ansiedade de separação, transtornos alimentares e de eliminação podem coexistir.

O *Early Developmental Stages of Psychopathology Study* (Lieb et al, 2000) mostrou que, em adolescentes mais velhos e jovens, os transtornos conversivos estavam associados a transtornos alimentares e os transtornos dolorosos estavam associados à depressão, transtorno do pânico e transtorno do estresse pós-traumático. O grau de comprometimento mostrou aumentar com o aumento das comorbidades.

Os critérios diagnósticos de pesquisa para condições como a síndrome da fadiga crônica tornam a presença de transtornos mentais primários (por exemplo, anorexia nervosa) critérios de exclusão. No entanto, transtornos de sintomas somáticos e condições somatizantes podem coexistir com outros diagnósticos psiquiátricos. O transtorno de sintomas somáticos é o diagnóstico primário quando ocorre o seguinte:

- Os sintomas físicos são mais proeminentes do que os emocionais ou

comportamentais

- Os sintomas físicos são a principal causa de comprometimento funcional
- Existem crenças injustas sobre a presença de uma doença clínica e comportamento repetido de busca de ajuda médica.

O transtorno de sintomas somáticos também pode coexistir com doenças orgânicas. Se houver uma doença médica é importante estabelecer quais sintomas físicos são congruentes com a doença orgânica e quais são mais prováveis de serem atribuídos a estressores psicossociais identificados.

Reconhecer potenciais diagnósticos, estabelecer comorbidades e iniciar o manejo pode ser complexo, especialmente nos casos em que coexistem sintomas biológicos e psicológicos como, por exemplo, em uma criança que tem crises psicogênicas não epiléticas que coexistem com crises epiléticas verdadeiras.

ESCALAS DE AVALIAÇÃO E INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS

Instrumentos para medir sintomas físicos e comprometimento funcional podem ser úteis tanto para fins de avaliação quanto para monitorar o seguimento.

Escala de avaliação	O que é mensurado?	Comentários
Child Somatization Inventory	35 sintomas e sua gravidade nas duas semanas anteriores à avaliação	Identifica sintomas relacionados ao transtorno de somatização e sua gravidade
Functional Disability Index	Incapacidade funcional para caminhar, viajar, tarefas diárias, atividades sociais e de lazer, dormir e comer	Classifica a presença e a gravidade da deficiência relacionada
Chalder Fatigue Self-Report Scale	Características da fadiga física e mental	Classifica sintomas de fadiga

*Clique no nome da escala para acessá-la

Diários de sintomas individualizados também podem ser úteis. Ao utilizar um diário de sintomas para documentar a gravidade e a frequência dos sintomas ao longo do tempo uma melhora visual pode ser perceptível para o paciente antes da experiência subjetiva de recuperação. A visualização pode ajudar a manter o otimismo e a motivação terapêuticas. Ademais, o uso de escalas pode promover um maior envolvimento com o tratamento e a reabilitação. Escalas de avaliação específicas que podem ser úteis incluem o Inventário de Sintomas Somáticos da Criança, Índice de Incapacidade Funcional – Escala de Fadiga e a Escala de Auto-relato de Fadiga de Chalder (Chalder et al, 1993) (ver Tabela E.1.3). Também pode ser útil medir mudanças nos sintomas de ansiedade e depressão por meio de escalas apropriadas, quando esses sintomas estão presentes.

TRATAMENTO

Estratégias Gerais

Após a avaliação, e uma vez que os distúrbios físicos e psiquiátricos tenham sido abordados ou excluídos, o tratamento para o transtorno de sintomas somáticos deve ser planejado. O primeiro passo é envolver a família. As seguintes estratégias podem ser úteis para facilitar o envolvimento durante o tratamento (muitas dessas estratégias também serão úteis na fase de avaliação):

- Faça um esforço para entender as crenças da família sobre a doença, nível de convicção sobre as causas físicas, satisfação com as investigações, e opiniões sobre o encaminhamento e tratamento de saúde mental
- Não questione a autenticidade dos sintomas
- Reconheça que os pacientes têm uma doença real perturbando sua vida e impactando sua família
- Investigue explicações alternativas para os sintomas
- Discuta completamente quaisquer angústias sobre sintomas que preocupem a família e o resultados das investigações já realizadas
- Explique claramente os mecanismos fisiológicos que contribuem para os sintomas (por exemplo, contraturas secundárias à imobilização)
- Conscientize as famílias sobre a alta prevalência de sintomas sem explicação médica (2-10%). Isso pode tranquilizar os pais sobre a ausência de uma causa orgânica
- Não transmita uma sensação de constrangimento ao comunicar um diagnóstico de sintoma somático e transtorno relacionado ou outro diagnóstico psiquiátrico
- Enfatize que pode levar tempo para se recuperar, mas a maioria dos jovens evoluem muito bem
- Ajude a família e a criança a desenvolver formas de lidar com os sintomas e reduzir o comprometimento funcional.

Ambiente de Manejo

Como já mencionado, a avaliação e o tratamento geralmente são iniciados pelo clínico geral ou pediatra, e o uso de um modelo biopsicossocial é encorajado precocemente. Quando os sintomas não respondem a esta avaliação e intervenção um encaminhamento ao psiquiatra deve ser feito, que pode ser particularmente útil quando houver dúvida diagnóstica, se houver um transtorno psiquiátrico comórbido e quando houver problemas familiares importantes afetando a resolução dos sintomas. Se um encaminhamento psiquiátrico for recomendado o clínico deve avaliar as atitudes familiares em relação a uma avaliação psiquiátrica e discutir isso com a família, abordando suas preocupações antes do encaminhamento.

Manejo Específico

Os tratamentos específicos podem envolver psicoterapia individual, familiar, comunicação com a escola e serviços sociais. A coordenação de todos os terapeutas e profissionais envolvidos é vital para garantir que todos estejam trabalhando em direção a objetivos semelhantes. O tratamento deve ter como objetivo desenvolver parcerias com a criança, família e todos os profissionais envolvidos, incluindo professores, especialmente quando a frequência escolar é um problema.



[Clique na imagem para ver uma breve apresentação sobre pseudo-convulsões ou Crises Não-Epilépticas Psicogênicas \(3:53\)](#)

As estratégias específicas variam de acordo com a natureza exata do transtorno somatoforme (consulte o quadro da página anterior para obter informações sobre o tratamento específico em crises psicogênicas não epilépticas)

O manejo dos transtornos factícios é semelhante ao dos sintomas somáticos e transtornos relacionados. A ênfase no envolvimento dos pais é crucial para reduzir o risco de se tornar punitivo ou desengajado quando a natureza fictícia da apresentação se torna conhecida. Jovens com sintomas factícios graves geralmente vivem em uma família com problemas interpessoais, dificuldades de comunicação e uso indevido de substâncias, o que torna o trabalho familiar desafiador (Fiertag & Eminson, 2014).

Intervenções Psicológicas

Os tratamentos psicológicos específicos e sua frequência variam dependendo da natureza do quadro. Entretanto, certas características serão comuns e podem ser essenciais para todos os transtornos de sintomas somáticos e condições somatizantes (Bonvanie et al, 2017). As intervenções podem ser fornecidas por uma variedade de profissionais, como médicos de cuidados primários, pediatras, psiquiatras ou outros profissionais de saúde mental. A maioria das estratégias de tratamento envolverá o seguinte:

- Trabalhe em um ritmo que a família possa acompanhar
- Enfatize a melhora do transtorno
- Use técnicas motivacionais adaptadas para incentivar crianças ambivalentes
- Encontrar colaborativamente uma forma de melhorar que seja aceitável para a criança
- Utilize diários para monitorar variações nos sintomas, prejuízos e progressos. Isso pode motivar o paciente e a família a se envolver mais com o tratamento
- Reconheça que a reabilitação pode piorar temporariamente os sintomas; aborde as preocupações sobre isso
- Desenvolver técnicas para lidar com sintomas e de ciências específicas (por exemplo, distração, relaxamento muscular para dores de cabeça, exercícios físicos graduais para problemas musculares e fadiga, manejo prático de pseudo-convulsões)
- Desenvolver estratégias e atitudes de enfrentamento ativas e focadas no problema
- Criar um programa de reabilitação gradual baseado em objetivos alcançáveis, consistentes e acordados
- Explorar as expectativas sobre os objetivos reais, pois podem ser irrealistas
- Incentive a higiene do sono e dê conselhos dietéticos
- Use intervenções psicológicas, como TCC e *mindfulness*
- Use a terapia familiar para lidar com fatores que podem estar contribuindo para os sintomas ou interferindo na sua resolução.

Tabela I.1.5 Elementos da Intervenção Cognitivo Comportamental Familiar

- Discutir investigações e explicações para o manejo da dor
- Incentivar o automonitoramento da dor
- Reforçar o comportamento positivo
- Desenvolver habilidades de enfrentamento saudáveis: relaxamento, conversa interna positiva, distração, imagens positivas
- Ensinar habilidades de resolução de problemas
- Incentivar a participação nas atividades cotidianas
- Reduzir a atenção dos pais em relação aos sintomas físicos
- Aumentar a atenção quando estiver livre de sintomas, instituindo atividades conjuntas agradáveis

A eficácia da TCC familiar foi demonstrada para dor abdominal recorrente. Estudos controlados randomizados mostraram que isso ajuda a obter maior redução da dor, menor interferência nas atividades diárias, menos recaídas e maior satisfação dos pais (Sanders et al, 1994; Robins et al, 2005). Na fadiga crônica, vários estudos em adultos sugerem que a TCC e os programas de exercícios graduais são benéficos (Whiting et al, 2001) e recomenda-se modificar essa abordagem da TCC para crianças por meio do envolvimento da família. Há sugestões também de que a TCC pela internet é eficaz com adolescentes (Crawley, 2018). Exemplos de técnicas específicas de TCC são mencionados na lista acima e incluem diários de sintomas, limitar a atenção aos sintomas, exposição gradual a atividades, relaxamento e psicoeducação sobre as ligações entre dor física e psicológica.

O Papel da Família

É fundamental envolver as famílias para facilitar a implementação de uma gestão eficaz; portanto, ao longo do processo de gestão, as famílias precisam ter suas preocupações abordadas, pois desempenham um papel fundamental em ajudar a criança a aprender novas habilidades de enfrentamento, além de reduzir de comportamentos familiares que podem estar reforçando os sintomas. A psicopatologia parental, a disfunção e o estresse familiar que possam estar contribuindo para a manutenção das dificuldades da criança podem ser tratados no ambiente familiar. Algumas questões familiares podem não estar claras no início do tratamento, sendo necessária uma avaliação periódica, propondo a intervenção apropriada conforme necessário.

Medicações

As medicações podem ser consideradas, embora nenhuma droga psicotrópica seja aprovada especificamente para sintomas somáticos e distúrbios relacionados, pois as evidências disponíveis são limitadas. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina podem ser úteis se houver uma depressão maior associada – a maioria das crianças que sofrem de condições somatizantes está com humor deprimido ou ansiosa em algum momento de sua doença. A medicação pode, em algumas crianças, tornar o processo de reabilitação mais fácil de implementar. Ocasionalmente, os

Saira

Saira era uma menina de 12 anos de origem paquistanesa que foi diagnosticada com epilepsia aos cinco anos de idade. Ela havia sido tratada com medicação antiepiléptica e estava livre de crises há quatro anos. Saira apresentou-se ao ambulatório local com recorrência de seus ataques. Suas convulsões anteriores haviam sido convulsões de grande mal, ocorrendo principalmente durante a noite, acompanhadas de incontinência. Seus episódios atuais não eram consistentes com epilepsia, ocorriam durante o dia e eram prolongados, durando meia hora de cada vez.

Um estressor foi identificado; a família decidiu que, como Saira havia concluído o ensino fundamental, não havia necessidade de continuar com os estudos, ela ficaria em casa para cuidar de seu irmão mais novo para que sua mãe pudesse voltar para cuidar da criação de gado da família. Uma safra ruim traria para a família dificuldades financeiras.

O tratamento consistiu em psicoeducação para Saira e sua família, destacando a estreita relação do corpo e da mente, e a coocorrência de sintomas físicos com estresses psicológicos. Em encontros individuais e posteriormente com familiares Saira pôde falar sobre sua angústia com o plano proposto, que resultaria na perda de suas amizades na escola, bem como nas relações positivas que mantinha com seus professores. Embora considerações financeiras significassem que nenhuma mudança imediata poderia ser feita nos arranjos planejados, a família concordou entre si em tentar apoiá-la na continuação de seus estudos, uma vez que as pressões financeiras tivessem diminuído. Eles ficaram felizes em apoiá-la em continuar a se encontrar com seus amigos. As convulsões de Saira diminuíram logo depois.

benzodiazepínicos (apesar de suas limitações) podem ser úteis para uso a curto prazo no tratamento da ansiedade associada, por exemplo, enquanto se espera que os inibidores seletivos da recaptção de serotonina iniciem seu efeito (Campo, 2008).

Proximidade com a Escola

É importante uma estreita ligação com a escola para reduzir o estresse relacionado a ela, além de ser uma estratégia útil para abordar as expectativas conflitantes entre a criança, a família e os professores.

Adaptar um programa escolar e estabelecer estratégias para ajudar a criança a lidar com os sintomas dentro da escola (por exemplo, redução do horário) é parte importante do tratamento. Um plano de gestão para as crises psicogênicas não-epilépticas deve ser instituído para redução do seu impacto na escola. Em casos graves e que levam as crianças a faltarem à escola, deve ser providenciada uma reintegração gradual, considerando a admissão em uma unidade pediátrica ou psiquiátrica com instalações educacionais, se disponíveis

Hospitalização

Considere a internação hospitalar se:

- A criança estiver gravemente debilitada
- A observação for necessária, em caso de convulsões, por exemplo
- Existe importante comorbidade psiquiátrica
- Falha do tratamento ambulatorial

A hospitalização pode contribuir para quebrar a ansiedade excessiva e a dependência da criança dos pais, ajudando a focar na reabilitação. Intervenções específicas por meio de uma abordagem multidisciplinar podem incluir fisioterapia, aconselhamento dietético, terapia ocupacional, intervenção familiar e tratamento psicológico e psiquiátrico mais intensivo.

Os jovens geralmente são admitidos em uma enfermaria pediátrica ou psiquiátrica, sendo as alas pediátricas e psiquiátricas conjuntas raras. As famílias

Janine

Janine, uma menina de 10 anos, foi encaminhada por referir há 1 ano uma história de apresentar semanalmente múltiplas dores em todas as articulações. Apesar de extensas investigações, incluindo radiografias e ressonâncias magnéticas, nenhuma patologia orgânica foi identificada. Janine permaneceu imobilizada e presa à cadeira de rodas em cinco ocasiões, apesar de nenhuma fratura ter sido identificada; como resultado, ela havia perdido muitas aulas. Na consulta psiquiátrica inicial, Janine estava extremamente angustiada por:

- Dores intensas em todo o corpo (dando à dor uma pontuação de nove em 10)
- Um ano de história de *bullying* (mencionado pela primeira vez na avaliação)
- Ganho de peso
- Profunda tristeza pela morte do avô três anos antes (“É como se tivesse acontecido ontem”).

Como resultado de suas dores, Janine havia perdido muitas aulas. Sua mãe acreditava que Janine tinha uma doença física ainda a ser identificada e estava descontente por ter sido “enviada” a um psiquiatra. Tanto Janine quanto sua mãe descreveram não se comunicar muito explicando que “falar piora as coisas”. Por isso, Janine permaneceu em silêncio sobre o *bullying* e sobre seus sentimentos sobre a morte de seu avô. A mãe lidava com o estresse “enfiando a cabeça no chão” e usava álcool em algumas ocasiões (seguindo o exemplo de alguns parentes).

O psiquiatra infantil sabia que muitas pessoas contribuíam para os cuidados de Janine, e todas precisavam ser envolvidas. Além do médico de família que a encaminhou, funcionários da escola, do pronto-socorro e do fisioterapeuta precisavam trabalhar em conjunto com a paciente e sua família. Apesar da família acreditar que Janine sofria de uma doença física ainda não descoberta,

o psiquiatra infantil e os demais envolvidos nos cuidados trabalharam com a criança e sua família em um modelo que incorporava os fatores psicológicos, biológicos, familiares e sociais. Janine recebeu sessões de terapia individual usando técnicas cognitivo-comportamentais que puderam facilitar a expressão emocional (incluindo escrever uma carta para seu avô falecido), promover diálogo interno positivo, explorar explicações alternativas para sua dor, controle da raiva, habilidades de resolução de problemas, exercícios de relaxamento, e distração quando está com dor. Além disso, sessões familiares foram organizadas para encorajar a mãe de Janine a reforçar o bom comportamento, passar algum tempo a ajudando a lidar com o estresse, resolver problemas, ter uma conversa sem sofrimento com sua filha e aprender como avaliar a gravidade de sintomas.

Logo após a primeira sessão a busca semanal por atendimento no pronto-socorro foi cessado. Em seguida o uso desnecessário de medicamentos e procedimentos foi interrompido. Quando questionaram a Janine o que havia mudado desde o início do tratamento ela descreveu que havia adquirido uma linguagem emocional. Ela se sentiu segura para falar com as pessoas sobre seus medos sobre o *bullying* e disse que sabia que falar era útil, pois suas dores e sofrimentos melhoraram “em parte”. Escrever uma carta para seu falecido avô como se ele ainda estivesse vivo, sobre o quanto ele significava para ela, ajudou sua dor. Ela disse que suas dores melhoraram porque “eu tinha feito atividades com mais frequência”. Ela conseguiu continuar “apesar da dor” e voltou a gostar de atividades físicas, ajudada pelas técnicas de distração e relaxamento que havia aprendido. Ela disse que estava aceitando “um pouco de dor”, que desapareceu após um dia após o exercício. A mãe de Janine acrescentou que o exercício manteve suas articulações funcionando, embora a machucasse. Ela falou sobre como eles desligaram a TV, começaram a conversar e brincar juntas.

podem relutar em permitir a internação psiquiátrica. Portanto é importante discutir suas preocupações e atitudes para possibilitar a instituição do melhor pacote de cuidados possível.

Relacionamento com o Serviço Social

Sempre considere abuso infantil e questões de segurança – a segurança da criança deve ser prioridade. Em casos raros o transtorno somatoforme será a expressão de disfunção familiar grave ou abuso infantil. A estreita cooperação e comunicação entre todos os profissionais envolvidos são essenciais para evitar que opiniões divergentes sejam transmitidas ao paciente e à família. Caso as famílias não estejam dispostas a se envolver em qualquer tipo de tratamento para a criança, os médicos devem considerar a possibilidade de a criança ser tratada longe da família. Esta é uma questão difícil de avaliar e exigiria uma estreita colaboração entre os médicos e os órgãos de proteção à criança.

Grupos de Apoio ao Paciente

Podem ser fontes úteis de apoio às famílias. No entanto alguns grupos

podem ter opiniões divergentes às recomendações da equipe de cuidado, o que pode prejudicar o tratamento.

Eficácia do Tratamento

Embora haja alguma evidência da eficácia de tratamentos psicológicos para crianças com sintomas somáticos e transtornos relacionados (Bonvanie et al, 2017; Rask et al, 2018), há evidências limitadas da eficácia do tratamento nos transtornos de sintomas somáticos mais graves. No entanto, observações clínicas de pediatras e psiquiatras infantis confirmam os efeitos benéficos das abordagens descritas neste capítulo, mesmo para crianças gravemente afetadas.

Quando a dor é um problema, ajudar os pacientes e familiares a entender a relação entre a dor psicológica e física tende a ser muito apreciado por eles e é considerado crucial para reduzir a dor e ajudar os pacientes a gerenciá-la. A melhor evidência de eficácia para dor abdominal inexplicável é de intervenções familiares cognitivo-comportamentais (Robins et al, 2005; Bonvanie et al, 2017), que resultam em maior redução no nível de dor, menores taxas de recaída, reduzindo o impacto nas atividades diárias, bem como aumentam a satisfação dos pais.

Na síndrome da fadiga crônica há resultados promissores com o uso de intervenções familiares cognitivas e TCC pela internet (Crawley, 2018). Em adultos com essa condição, vários estudos controlados mostraram que a TCC e o exercício gradual são benéficos (Whiting et al 2001; Prins et al 2001; Larun et al, 2017).

No transtorno factício, principalmente quando imposto a outro, a principal prioridade é garantir a segurança atual e futura da criança. As leis locais de proteção à criança precisam ser respeitadas e o trabalho cooperativo entre os serviços de saúde, os serviços sociais e a polícia é vital. As necessidades terapêuticas da criança, cuidador e família, incluindo irmãos, devem ser avaliadas e abordadas (Bass & Glaser, 2014). O tratamento deve ocorrer no ambiente menos restritivo possível.

O caso de Janine destaca muitas das características de avaliação e gestão descritas neste capítulo. Além disso, este caso ilustra que, ao considerar o encaminhamento psiquiátrico, é importante ter em mente que a família pode se sentir “despachada” e não “cliente” de terapia (De Shazer, 1985; Iveson, 2002).

A família pode ir ao psiquiatra apenas porque foi-lhe solicitada pelo pediatra, ao contrário de acreditar que esta é o procedimento correto a fazer, potencialmente resultando em sentimento de rejeição e raiva em relação ao médico que lhe encaminhou a um profissional de saúde mental. Em relação ao manejo, este caso ilustra que o tratamento não apenas ajuda as crianças e seus pais a gerenciar melhor os sintomas, mas também a se comunicar de forma mais eficaz sobre questões psicológicas.

PROGNÓSTICO

É tranquilizador saber que a maioria das crianças com sintomas somáticos e distúrbios relacionados atendidos em serviços especializados se recuperam em curto prazo. No entanto, os sintomas podem persistir e alguns pacientes desenvolvem transtornos psiquiátricos (por exemplo, transtornos alimentares ou transtornos de ansiedade). Os sintomas podem permanecer na idade adulta.

Kofi

Kofi é um menino de 8 anos de uma família nigeriana que apresentou movimentos anormais afetando todos os membros. Simultaneamente ele repentinamente parava de responder às perguntas dos outros, fazia barulhos assustadores, olhava para seus familiares de forma assustadora e até os atacava ocasionalmente. Os movimentos anormais e comportamentos associados duravam cerca de 20 minutos de cada vez. Sua avó materna sofria de convulsões tônico-clônicas generalizadas.

A família estava preocupada que ele pudesse estar sofrendo de epilepsia, mas estava igualmente preocupada que o comportamento perturbado de Kofi decorresse de estar possuído por espíritos malignos. A família descreveu Kofi como sendo amaldiçoado depois que um homem idoso em sua comunidade o olhou com mau-olhado. Eles estavam ansiosos para consultar um padre para realizar um exorcismo.

Os estressores psicossociais identificados incluíram dificuldades financeiras, problemas de moradia, separação dos pais, dificuldades de relacionamento com colegas na escola, baixa frequência escolar e sintomas de ansiedade de Kofi. As dificuldades da criança foram resolvidas com intervenções envolvendo a família, investigação médica para excluir convulsões (incluindo EEG), ajuda com moradia e apoio financeiro, ligação com o padre para garantir que rituais religiosos não prejudicassem a criança e, por fim, reuniões com a escola para apoiar o retorno de Kofi e a reintegração com os pares.

Na síndrome da fadiga crônica, a maioria, mesmo daqueles marcadamente afetados, obtém uma recuperação completa ou melhora o suficiente para levar uma vida quase normal (Rangel et al, 2000). No entanto, a ausência escolar pode durar mais de um ano e pode levar mais de três anos para a recuperação completa. Observa-se que há indícios de que, mesmo após a recuperação, os pacientes tem maior probabilidade de desenvolver outros transtornos psiquiátricos (Garralda & Chalder, 2002)

Do mesmo modo, um estudo sobre transtorno conversivo na infância mostrou que, embora 85% dos pacientes tenham se recuperado, um terço apresentou transtorno de humor ou ansiedade em quatro anos de seguimento (Pehlivanturk & Unal, 2002).

Os indicadores de desfecho favorável incluem:

- Condição clínica precipitante específica
- Boa personalidade pré-mórbida
- Bom ajuste psiquiátrico dos pais
- Circunstâncias sociais favoráveis.

PREVENÇÃO

Os distúrbios de sintomas somáticos na infância estão associados a uma história de sintomas somáticos na família e à frequência irregular na escola. Uma tendência a somatizar pode ser observada em crianças desde a pré-escola e ao longo da infância, adolescência e idade adulta. Portanto, identificar famílias com altos níveis de sintomas somáticos nos pais, assim como nas crianças, e identificar aquelas com faltas escolares frequentes, pode ser uma oportunidade para uma intervenção precoce. Isso pode ser feito por meio de (i) profissionais de cuidados primários identificando pais que consultam-se regularmente com queixas somáticas e fornecendo orientações sobre estratégias para lidar com seus próprios sintomas somáticos e de seus filhos (por exemplo, técnicas de distração) e (ii) professores e profissionais médicos identificando crianças que faltam muito à escola por causa

de sintomas físicos e oferecendo suporte no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e que possam sentir-se no controle de situações que consideram difíceis. Em crianças com sintomas estabelecidos, abordar vulnerabilidades de personalidade e expectativas acadêmicas e comportamentais excessivas pode ajudar a prevenir a recaída

PERSPECTIVAS TRANSCULTURAIS

Tradicionalmente, pensava-se que os transtornos de sintomas somáticos ocorriam principalmente em países não ocidentais. No entanto, pesquisas mais recentes os identificaram como um fenômeno universal. Um estudo da OMS analisou as apresentações de somatização na atenção primária em 14 países (Turquia, Grécia, Alemanha, Holanda, Itália, Índia, Nigéria, China, Japão, França, Brasil, Chile, Reino Unido e EUA) e descobriu que os sintomas de somatização eram comuns em todos esses países e frequentemente associados a transtornos depressivos e de ansiedade comórbidos (Gureje et al, 1997).

Uma perspectiva transcultural é particularmente importante na avaliação de distúrbios de sintomas somáticos em termos de como os sintomas são entendidos pela família no contexto de suas crenças culturais:

- Embora dores de cabeça, dores musculoesqueléticas e dores abdominais sejam os sintomas mais comuns em transtornos de sintomas somáticos em geral, há sintomas específicos de culturas ou áreas geográficas. Por exemplo, “dormência” e “sensação de calor” na África, “mãos e pés queimando” na Índia e “fadiga” nos países ocidentais.
- A consciência da influência cultural sobre como os sintomas são entendidos ou descritos é importante porque certos sintomas podem ser um modo aceito de expressão de atividades culturais ou religiosas em algumas sociedades; assim, eles podem ser interpretados como um sinal de processo espiritual ou outro não clínico. Isso pode resultar em famílias que procuram ajuda de praticantes de medicina alternativa ou curandeiros em vez de médicos. Nos casos em que foi procurada ajuda médica esses pacientes são mais propensos a se desvincular de uma abordagem médica tradicional.

É importante abordar as atitudes e crenças da família sobre os sintomas dentro do contexto cultural apropriado, descobrir quais intervenções já foram tentadas, incluindo intervenções específicas da cultura e dedicar tempo discutindo explicações alternativas, envolvendo-os no processo de tratamento.

O caso de Ko (ver vinheta de caso) é um exemplo disso. No entanto as diferenças culturais na interpretação dos sintomas, o espectro amplo de estressores etiológicos (por exemplo, estressores escolares cotidianos, como *bullying*, ou estressores familiares cotidianos, como problemas financeiros) são comparáveis entre as culturas (veja o caso de Saira).

Barreiras à Implementação da Medicina Baseada em Evidências em Países de Baixa Renda

Uma série de barreiras à implementação de práticas baseadas em evidências para problemas de saúde mental de crianças e adolescentes foram descritas no contexto de países de baixa renda (Knapp et al, 2006; Keiling et al, 2011) e são de relevância para a gestão de transtornos de sintomas somáticos. Os países de baixa

- Você tem perguntas?
- Comentários?

Clique aqui para ir para a página do livro no Facebook, para compartilhar suas opiniões sobre o capítulo com outros leitores, questionar os autores ou o editor, e para fazer comentários.

renda destinam uma pequena proporção de seu produto interno bruto à saúde, sendo os recursos alocados consideravelmente menores do que a necessidade. Além disso há pouco financiamento governamental disponível para regulamentação profissional, permitindo que os profissionais de saúde ofereçam tratamentos com pouca ou nenhuma evidência, sem medo de contestação ou perda de seu registro. Na ausência de uma prestação governamental abrangente de cuidados, os pacientes e suas famílias precisam auto financiar seu tratamento. A pobreza e a falta de conhecimento os tornam vulneráveis a provedores não regulamentados.

A fuga de cérebros de profissionais médicos e de enfermagem dos países de baixa para os de alta renda significa que há recursos humanos insuficientes para atender às necessidades locais de profissionais de saúde. Os remanescentes muitas vezes não são treinados no uso das evidências para melhorar o atendimento ou para avaliação crítica das evidências disponíveis. Além disso, os países de baixa renda muitas vezes não têm um sistema de atenção primária bem desenvolvido e abrangente, havendo pouca integração da saúde mental na atenção primária, levando à fragmentação do cuidado.

De importante relevância para os transtornos de sintomas somáticos, há uma escassez de profissionais treinados para atender às necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes e, além disso, as barreiras ao atendimento incluem a dificuldade na identificação dos sintomas e a carência de profissionais especializados

CONCLUSÃO

Sintomas físicos recorrentes e inexplicáveis são comuns em crianças e adolescentes. Quando são graves, debilitantes, relacionados a fatores psicológicos e resultam em comportamento frequente de busca de ajuda médica, constituem a base dos transtornos de sintomas somáticos. Nesses casos, as famílias tendem a atribuir os sintomas somáticos à patologia física subjacente, apesar da ausência de evidências médicas para isso. Em algumas culturas as famílias podem explicar os sintomas físicos de forma religiosa ou culturalmente específica.

A comorbidade com transtornos psiquiátricos, juntamente com os traços de personalidade da criança, problemas de saúde da família, resposta dos familiares aos sintomas, além de problemas na comunicação e crenças sobre questões emocionais, são fatores que podem contribuir para a persistência do transtorno.

Exames e investigações clínicas, reconhecimento das atitudes dos pais e da criança frente aos sintomas e criação de estratégias para ajudar a reduzir o comprometimento são tópicos fundamentais para o sucesso do manejo. É necessário o tratamento psiquiátrico das comorbidades e a instituição de um programa de reabilitação infantil e familiar.

A melhor evidência de eficácia vem do uso da TCC familiar. Cabe ressaltar que ajudar as famílias a se comunicarem e gerenciarem os estressores da criança geralmente é clinicamente eficaz. Envolver as famílias durante cada etapa da avaliação e tratamento é importante e contribuirá para a recuperação.

A carência de unidades de saúde mental em unidades pediátricas pode dificultar esse trabalho em países em desenvolvimento com baixos níveis de investimento em saúde mental infantil. A psicoeducação por profissionais de saúde de atenção primária e educadores ainda pode ser um meio eficaz de prevenir e gerenciar esses transtornos em diferentes países e culturas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ani C, Reading R, Lynn R et al (2013) Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the UK and Ireland. *British Journal of Psychiatry* 202:413-418.
- Apley J (1975) *The Child with Abdominal Pains*. 2nd edition. Oxford, Blackwell Scientific.
- Bass C, Glaser D (2014) Early recognition and management of fabricated induced illness in children. *The Lancet* 383:1412-21.
- Bonvanie IJ, Kallesoe KH, Janssens KAM et al (2017) Psychological interventions for children with functional somatic symptoms: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pediatrics* 187:272-281.e.17
- Campo JV (2008) Disorders primarily seen in medical settings. In RL Findling (ed) *Clinical Manual of Child and Adolescent Psychopharmacology*. American Psychiatric Publishing pp375-423.
- Campo JV (2012) Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – developmental psychology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53:575-592.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al (2003) Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 301:386-389.
- Chalder T, Goodman R, Hotopf M et al (2003) The epidemiology of chronic fatigue syndrome and self-reported ME in 5-15 year olds: A cross sectional study. *British Medical Journal* 327:654-655.
- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T et al (1993) Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research* 37:147-153.
- Chandra P, Kozłowska K, Cruz C et al (2017) Hyperventilation-induced non-epileptic seizures in an adolescent boy with pediatric medical traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry* 25:180-190.
- Claar RL, Walker LS (2006). Functional assessment of pediatric pain patients: Psychometric properties of the Functional Disability Inventory. *Pain* 121:77-84.
- Crawley E (2018) Paediatric chronic fatigue syndrome: current perspectives. *Pediatric Health Medicine and Therapeutics*
- DeNoon DJ. Some kids cry out in language of illness. WebMD February 14, 2000 <https://www.webmd.com/children/news/20000214/some-kids-cry-out-language-illness?printing=true#1>
- De Shazer S (1985). *Keys to Solution In Brief Therapy*. New York: Norton.
- Diatchenko L, Slade GD, Nackley et al (2005) Genetic basis for individual variations in pain perception and the development of a chronic pain condition. *Human Molecular Genetics* 14:135-143
- Domenech-Llaberia E, Jané C, Canals J et al (2004) Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43: 598-604.
- Feldman MD, Brown RM (2002) Munchausen by proxy in an international context. *Child Abuse and Neglect* 26:509-24.
- Fiertag O, Eminson M (2014) Somatising: Management and outcomes. In S Huline-Dickens (Ed) *Clinical Topics in Child and Adolescent Psychiatry*, pp.201-217. Cambridge: Royal College of Psychiatrists.
- Garralda ME (1996). Somatisation in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37:13-33
- Garralda ME (2005) Functional somatic symptoms and somatoform disorders in children. In: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC (eds). *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Cambridge University Press, pp246 -268.
- Garralda ME, Chalder T (2005) Practitioner review: chronic fatigue syndrome in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:1143-1151.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TU et al (1997) Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry* 154:989-995.
- Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J et al (2017) Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4:1-138. e Cochrane Collaboration, John Wiley and Sons.
- LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT et al (2005) Relationship of pain and symptoms to pubertal development in adolescents. *Pain* 118:201-209
- Iveson C (2002). Solution-focused brief therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 8:149-156.
- Knapp M, Funk M, Curran C et al (2006) Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy & Planning* 2:157-170.
- Keiling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al (2011) Child and adolescent health worldwide: evidence for action. *The Lancet* 378:1515 - 1525.
- Kotagal P, Cota M, Wyllie E et al (2002) Paroxysmal non epileptic events in children and adolescents. *Pediatrics* 110: e46.
- Kozłowska K, Nunn KP, Rose D et al (2007) Conversion disorder in Australian pediatric practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46:68-75.

- Lieb R, Pster H, Mastaler M et al (2000) Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults. Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:194- 208.
- McNicholas F, Slonims V, Cass H (2000) Exaggeration of symptoms or psychiatric Munchausen's syndrome by proxy? *Child and Adolescent Mental Health* 5: 69-75.
- Pehlivanurk B, Unal F (2002) Conversion disorder in children and adolescents. A 4 year follow up study. *Journal of Psychosomatic Research* 52:187-191.
- Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E et al (2001) Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 357:841-847.
- Rangel LA, Garralda ME, Levin M et al (2000) The course of chronic fatigue syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine* 93:129-134.
- Rask CU, Bonvanie IJ, Garralda ME (2018) Risk and protective factors and course of functional somatic symptoms in young people. In *Understanding Diversity, Individual Differences and Interventions for Child and Adolescent Mental Health*. M Hodes, S Gau and P de Vries(eds). Academic Press/ Elsevier, London. pp 77-113.
- Reilly C, Menlove L, Fenton V et al (2013) Psychogenic nonepileptic seizures in children: A review. *Epilepsia*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/epi.12336>
- Robins PM, Smith SM, Glutting JJ et al (2005) A randomised controlled trial of a cognitively behavioural family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. *Journal of Paediatric Psychology* 30:397-408
- Roma M, Marden CL, Flaherty MAK et al (2019) Impaired health-related quality of life in adolescent myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: The impact of core symptoms. *Frontiers in Paediatrics* 7:1-11. doi: 10.3389/fped.2019.00026
- Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G et al (1994). The treatment of recurrent abdominal pain in children: a controlled comparison of cognitive-behavioural family intervention and standard pediatric care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62:306-314.
- Stone AL, Walker LS, Heathcote LC et al (2019). Somatic symptoms in paediatric patients with chronic pain: proposed clinical reference points for the Children's Somatic Symptoms Inventory (Formerly the Children's Somatisation Inventory). *The Journal of Pain*, 0, 1-9.
- Vila M, Kramer T, Obiols J et al (2012) Abdominal pain in British young people: associations, impairment and health care use. *Journal of Psychosomatic Research* 73:437-442
- Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ et al (2001) Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *Journal of The American Medical Association* 286:1360 – 1368.
- World Health Organisation (2018) ICD-11 for mortality and morbidity statistics. 29 March 2019.
- Yeo A, Boyd D, Lumsden S et al (2004). Association between a functional polymorphism in the serotonin transporter gene and diarrhoea predominant irritable bowel syndrome in women. *Gut* 53:1452-1458.