

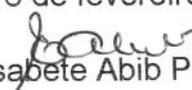
ABELARDO BOSCO

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM
CEFALÉIA**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, Área Ciências Biomédicas.

Campinas, 16 de fevereiro de 2001.

Prof. Dr.  Elisabete Abib Pedroso de Souza
Orientadora

CAMPINAS

2001

i



ABELARDO BOSCO

**AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE CRIANÇAS COM
CEFALÉIA**

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas – Área de
Neurologia.*

Orientadora: Profa. Dra. Elisabete Abib Pedroso de Souza

Co-Orientadora: Profa. Dra. Maria Valeriana de Leme Moura-Ribeiro

CAMPINAS

2001

iii

200111142

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B651a Bosco, Abelardo
 Avaliação psicológica de crianças com cefaléia / Abelardo Bosco.
Campinas, SP : [s.n.], 2001.

 Orientadores: Elisabete Abib Pedroso de Souza, Maria Valeriana
de Leme Moura-Ribeiro

 Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

 1. Stress . 2. Ansiedade. 3. Depressão. I. Elizabeth Abib Pedroso
de Souza. II. Maria Valeriana de Leme Moura-Ribeiro. III.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
IV. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Elisabete Abib P. de Souza

Membros:

1. Profa. Dra. Maílda Emmanuel N. Lipp - *Maílda Emmanuel N. Lipp*
2. Profa. Dra. Vanda M^a G. Gonçalves - *Vanda M^a G. Gonçalves*
3. Profa. Dra. Elisabete Abib P. de Souza - *Elisabete Abib P. de Souza*

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, Área de Concentração em Ciências Biomédicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 16.02.01

DEDICATÓRIA

*Com amor, à Nilza Ferramola Bosco,
e à todos aqueles que ao longo da minha vida
também têm acreditado em mim.*

AGRADECIMENTOS

À Elisabete Abib , pela dedicação , respeito, atitude positiva e consciência de educador, que verdadeiramente admiro .

À Dra. Maria Valeriana , pelos muitos estímulos e oportunidades valiosas com que me premiou em vários momentos.

Ao Edson Apolinário , por me ajudar a aprender como superar obstáculos.

Ào Dr. Abram Topczewski, pelo apoio e confiança, junto ao Ambulatório de Neuro-cefaléia na Infância, do HC/UNICAMP.

Ao Dr. Lineu Corrêa Fonseca e à Dra. Glória Tedrus, meus mestres e incentivadores, no início de tudo.

À equipe de enfermagem Ambulatório de Neurologia do HC/UNICAMP, sempre tão gentil e disponível,

Às crianças e suas famílias, que se dispuseram a investir em seu auto-conhecimento.

| | Pág. |
|---|------|
| RESUMO | xv |
| 1. INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1. Sintomas e classificação das cefaléias..... | 21 |
| 1.2. Fatores controladores da cefaléia..... | 22 |
| 1.3. Aspectos psicológicos das cefaléias..... | 24 |
| 1.4. Estresse..... | 26 |
| 1.5. Estresse e doença..... | 28 |
| 2. OBJETIVOS | 31 |
| 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS | 35 |
| 3.1. Seleção dos Sujeitos..... | 37 |
| 3.2. Caracterização demográfica e Clínica da amostra..... | 38 |
| 3.3. Instrumentos..... | 39 |
| 3.4. Procedimentos..... | 42 |
| 3.5. Análise estatística..... | 44 |
| 4. RESULTADOS | 47 |
| 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 61 |
| 5.1. Cefaléia e respostas de estresse..... | 63 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2. Estressores externos..... | 66 |
| 5.3. Estressores internos..... | 70 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 73 |
| 7. SUMMARY..... | 77 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 81 |
| 9. ANEXOS..... | 89 |

LISTA DE QUADROS

| | Pág. |
|---|------|
| Quadro 1: Características demográficas e clínicas das crianças com cefaléia..... | 38 |
| Quadro 2: Freqüência das respostas de estresse..... | 49 |
| Quadro 3: Estado e traço de ansiedade..... | 49 |
| Quadro 4: Nível de depressão..... | 50 |
| Quadro 5: Assertividade..... | 50 |
| Quadro 6: Reajustamento Social..... | 50 |
| Quadro 7: Associação entre estresse e sintomas nos 2 tipos de cefaléia..... | 51 |
| Quadro 8: Associação entre estresse e demais variáveis..... | 51 |
| Quadro 9: Estímulos antecedentes no início do quadro de cefaléia – dados dos pais..... | 52 |
| Quadro 10: Estímulos antecedentes atuais no quadro de cefaléia – dados dos pais..... | 52 |
| Quadro 11: Consequentes atuais do quadro de cefaléia – dados dos pais..... | 53 |
| Quadro 12: Outros sintomas..... | 54 |
| Quadro 13: Contexto Familiar..... | 55 |
| Quadro 14: Contexto Escolar..... | 56 |
| Quadro 15: Contexto social..... | 57 |

| | | |
|-------------------|---|----|
| Quadro 16: | Hábitos de vida..... | 57 |
| Quadro 17: | Estímulos antecedentes no início do quadro de cefaléia – dados da criança..... | 58 |
| Quadro 18: | Estímulos antecedentes atuais no quadro de cefaléia – dados da criança..... | 58 |
| Quadro 19: | Consequentes atuais do quadro de cefaléia – dados da criança..... | 59 |



RESUMO

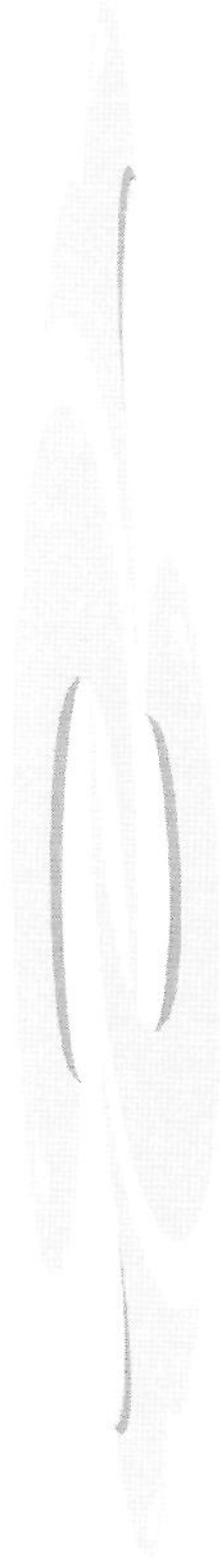
Com o objetivo de avaliar estresse foram selecionadas 28 crianças, sendo que 32,1% apresentando cefaléia do Tipo Tensional e 77,9% delas com Migrânea, com idades entre 7 e 12 anos ($M=9,74$, $DP= 1,57$), idades de início da queixa entre 2 e 11 anos ($M=6,39$, $DP=2,36$) e tempo de duração com $M=3,35$ e $DP=2,13$, do ambulatório de Neuro-cefaléia na Infância, do HC/UNICAMP.

Foram considerados como critérios de inclusão: faixa etária entre 7 e 12 anos, estarem frequentando regularmente a escola, evolução do quadro de cefaléia igual ou superior a 6 meses, não apresentarem antecedentes de afecções neurológicas. Os critérios de exclusão foram: pacientes com processos infecciosos agudos, traumatismo crânio-encefálico recente, epilepsia, e transtorno psiquiátrico ou deficiência mental evidentes. Categorias de cefaléia do Tipo Tensional ou Migrânea, utilizaram os critérios da Sociedade Internacional de Cefaléia, 1988.

Os instrumentos utilizados foram: Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com cefaléia – versões diferentes para pais e criança, Inventário de Sintomas de Sores Infantil – ISS (Lipp, 1987), Escala de Auto-Avaliação para crianças (Amaral, 1989), Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE-Forma C (Spielberger, 1970; Biaggio, 1983), Escala de Auto-Expressão (Di Nucci, 1981), Escala de Reajustamento Social (Elkind, 1981).

Os resultados apresentados mostraram uma freqüência de estresse de 64,29%, mas não diferenciam-se entre os dois tipos de cefaléia ($p=0,677$). Houve predomínio de sintomas cognitivos para Migrânea e somáticos para o Tipo Tensional. A freqüência de Ansiedade-Traço foi 50%, e Depressão (leve e severa), 96,4%. A associação entre estresse e traço de ansiedade foi levemente significativa ($p=0,115$). Houve presença de dificuldades de assertividade. Todas as crianças apresentaram vulnerabilidade acima da média para o desenvolvimento de respostas de estresse. Os contextos familiar e escolar foram as mais importantes fontes de estresse relatadas pelas crianças e pais.

Estressores psicológicos e psicossociais foram estímulos importantes no desenvolvimento e manutenção do estresse, e provavelmente implicados no quadro de cefaléia nas crianças estudadas.



1. INTRODUÇÃO

A cefaléia é uma das queixas mais comuns entre a população de modo geral; conforme SILBERSTEIN (1990), de 65 a 85% da população dos Estados Unidos da América sofre anualmente com dores de cabeça. Na infância e adolescência, cefaléia parece ser um sintoma físico bastante freqüente . BILLE (1962) num levantamento realizado entre 9000 crianças suecas em idade escolar , verificou que 4% delas apresentavam cefaléias freqüentes e 35% delas as apresentavam com freqüência irregular. Uma revisão estatística escandinava realizada por EGERMARK-ERIKSSON (1982) apontou índices entre 4-27% de cefaléia recorrente em crianças, assim como ELSER (1990), que também indicou a ocorrência de enxaqueca em 4-10% de crianças em idade escolar.

Tomada como um sintoma somático, a cefaléia pode muitas vezes ser considerada como incapacitante, posto que interfere no livre desempenho de atividades de vida diária de uma criança - como freqüência e aproveitamento escolar, por exemplo - podendo assim acarretar prejuízo no seu desenvolvimento acadêmico, social e emocional. Além disso, a queixa de cefaléia em uma criança costuma desencadear grande preocupação e exigência de mobilização por parte dos que com ela convivem, afetando assim toda sua família.

1.1. SINTOMAS E CLASSIFICAÇÃO DAS CEFALÉIAS

As cefaléias podem ocorrer acompanhando processos infecciosos, doenças sistêmicas, ou estarem incluídas na sintomatologia de doenças agudas ou crônicas do sistema nervoso central.

Estruturas extracranianas - como pele, tecido subcutâneo, músculos, membranas mucosas, dentes e alguns vasos sangüíneos maiores -, e estruturas intracranianas - como seios venosos, veias de maior calibre e a dura-máter que circunda estas veias, artérias durais e artérias do polígono de Willis - são sensíveis à dor. Conforme LANCE (1993), a inflamação, irritação, deslocamento, tração, dilatação ou destruição de qualquer destas estruturas irá determinar um fenômeno doloroso.

Segundo GHERPELLI (1996), é clinicamente útil distinguir se as cefaléias têm forma aguda ou crônica, recorrente ou não, progressiva ou não progressiva, conforme seu aspecto temporal.

As formas agudas e recorrentes de cefaléias são aquelas que ocorrem periodicamente e de forma semelhante, geralmente encaixando-se dentro dos critérios diagnósticos da enxaqueca.

Cefaléias crônicas e progressivas são caracterizadas pela sua piora em frequência e intensidade com o passar do tempo, geralmente indicando quadros de hipertensão intracraniana decorrentes de processos expansivos intracranianos, pseudotumor cerebral ou de hidrocefalia.

As cefaléias crônicas não progressivas ocorrem diária ou frequentemente, com intensidade moderada ou leve. Estas formas não são acompanhadas por manifestações neurológicas e podem apresentar relação com distúrbios de natureza emocional, estarem associadas a fenômenos depressivos ou enquadrarem-se dentro dos critérios diagnósticos da cefaléia de tensão (ROTHNER, 1994).

No meio científico têm surgido nas últimas décadas, linhas de pesquisa que procuram responder à seguinte questão: que fatores controlam o aparecimento e manutenção da cefaléia infantil ?

1.2. FATORES CONTROLADORES DA CEFALÉIA

A prática clínica frequentemente se depara com dificuldades para diagnóstico da cefaléia. Uma das causas atribuídas a essas dificuldades relaciona-se à diversidade de critérios para sua classificação (PRENSKY E SOMMER, 1979; SESHIA *et al.*, 1994; WINNER *et al.*, 1995); outras possíveis causas referem-se à obtenção de dados sobre as características do fenômeno algico.

A tomada de informações sobre os sintomas das cefaléias às vezes é tarefa bastante difícil quando o paciente é uma criança, devido à imprecisão de alguns dados objetivos por ela fornecidos; nestes casos, considera-se a importância da família como fonte complementar de informações. Por outro lado, a presença dos pais junto à criança ou ao filho adolescente no momento de sua entrevista, pode intimidá-los na colocação de seus eventuais problemas emocionais.

A prática clínica dispõe de exames complementares (bioquímico, eletrencefalografia, neuroimagem) frequentemente utilizados para esclarecimentos sintomatológicos. Entretanto, estes nem sempre podem ser esclarecedores pois as queixas podem vir mascaradas por outros sintomas não necessariamente relacionados a anormalidades neurológicas. Um estudo de NEVO *et al.* (1993) relacionou taxas relativamente baixas de anormalidades radiológicas ao diagnóstico tanto de cefaléia quanto de distúrbio de aprendizagem, de modo que, algumas vezes, torna-se necessária a avaliação mais detalhada de aspectos psicoemocionais relacionados à sintomatologia álgica (GHERPELLI, 1996).

Além disso, mesmo ocorrendo tratamento de eficácia reconhecidamente comprovada, há ainda outras condições que apontam para a perseveração de sintomas de cefaléia e que dificultam a atuação médico-terapêutica. Que fatores potencialmente colaboradores na determinação e manutenção da sintomatologia de cefaléia têm sido levantados?

Em trabalho recente, KARWAUTZ *et al.* (1993) apontam para a consideração de modelos patogênicos de cefaléia que levem em conta o complexo envolvimento de fatores orgânicos, psicológicos e psicossociais. O autor refere que um modelo patogênico mais geral pode ser caracterizado por uma dada predisposição genética ou constitucional, cuja tendência parece estar realçada por vários co-fatores psicológicos e psicossociais e ainda pela existência de mecanismos que induzem ou deflagram a crise.

BORGE *et al.*(1995) investigaram recentemente o desenvolvimento de sintomas somáticos e sua associação com fatores psicossociais de risco em crianças entre 4 e 10 anos de idade. O trabalho deste autores aproxima-se das tendências da psicologia das emoções, que tem apontado para uma direção que leva em conta além das vulnerabilidades psicológicas da criança, o seu contexto familiar e escolar, considerando a influência que estes exercem enquanto controladores externos do seu comportamento. Estes mesmos autores relatam que em grupos de crianças pré-escolares , cefaléia parece ter sido encontrada em associação com acessos de raiva, dependência e medo; entre crianças já em fase escolar, as queixas de cefaléia foram associadas a demanda acadêmica e a sintomas depressivos. Em adolescentes, também foram encontrados sintomas depressivos associados a queixas somáticas (LARSSON,1991). BORGE *et al.*(1995) afirmaram ainda que na ausência de diagnóstico patológico deve-se considerar com atenção os fatores psicológicos tanto do indivíduo quanto de sua família. Fatores psicológicos, além de serem considerados importantes na etiologia da condição patológica também foram relatados como importantes na manutenção do sintoma.

1.3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DAS CEFALÉIAS

Nas últimas décadas, diversos autores têm investigado as características psicológicas de pessoas com cefaléia. Segundo GAMSA (1994), vários estudos procuraram associar determinados traços de personalidade à um paciente com dor. As pesquisas sobre este assunto têm despertado dúvidas, já que ainda não foi encontrado um modelo psicológico que diferencie consistentemente os pacientes com dor crônica da população em geral.

KARWAUTZ *et al.* (1993) não encontraram em suas pesquisas, evidências que indicassem uma personalidade típica para pacientes com enxaqueca; relataram que fatores orgânicos parecem ser os mais importantes neste tipo de cefaléia mas admitem, contudo, que existem várias reações psíquicas que são importantes em todos os tipos de cefaléia. Depressão e ansiedade em pacientes cefaléicos jovens são quadros que parecem estar relacionados a dor, de forma geral. Em jovens adultos, contudo, MERIKANGAS *et al.*

(1990) confirmaram relatos pré-existentes na literatura da forte associação entre este tipo particular de cefaléia - a enxaqueca - e a depressão; seus estudos sugeriram ainda que enxaqueca associada a ansiedade e depressão podem constituir uma síndrome distinta que compreende ansiedade freqüentemente manifestada precocemente na infância, seguida da ocorrência de enxaquecas e de episódios discretos de depressão na idade adulta.

Estudo realizado por ANDRASIK *et al.* (1988) com crianças norte-americanas portadoras de enxaqueca relata que estas crianças geralmente se auto-descrevem como mais ansiosas, medrosas e nervosas quando comparadas com grupo controle não enxaquecoso; de igual maneira este mesmo estudo refere opinião semelhante dos pais destas crianças sobre seus filhos enxaquecosos (mais ansiosos, sensíveis e vulneráveis a frustração) quando comparado ao grupo controle.

KOWAL E PRITCHARD (1990), em estudo envolvendo 23 crianças de ambos os sexos e faixa etária entre 9 e 12 anos, mesmo não observando diferenças significativas entre crianças com cefaléia e grupo controle, em relação a traços de ansiedade e depressão, perceberam que ansiedade, perfeccionismo e eventos estressantes da vida pareciam influenciar a intensidade da cefaléia. Além disso, as crianças com cefaléia apresentaram maior timidez, sensibilidade, problemas psicossomáticos e transtornos de comportamento do que o grupo controle.

A respeito dos contrastes entre resultados das pesquisas nesta área, podemos atribuí-los às diferenças entre as metodologias aplicadas. Alguns estudos não utilizaram medidas padronizadas ou não incluíram grupo controle; em outros, a origem dos sujeitos - como clínicas especializadas - forneceram resultados que não poderiam ser generalizados.

Outras linhas de pesquisa têm focado a importância do estresse na sintomatologia de algumas doenças.

PASSCHIER (1985) e SILLÄNPA (1983) referem em seus estudos, indicações de que a cefaléia seria um sinal de aviso de vulnerabilidade à ocorrência de estresse.

1.4. ESTRESSE

Buscando elucidar importantes vias e mecanismos de interação psicofísica , em nível fisiológico e bioquímico, anatomistas, clínicos, psiquiatras, psicanalistas e psicólogos de orientação reflexológica ou behaviorista , trabalhando em equipes multidisciplinares, observaram os processos psicossomáticos na tentativa de identificar processos íntimos do fenômeno geral do adoecer. Pesquisas na área de estresse permitiram compreender as vias pelas quais estímulos psicológicos evocam respostas físicas.

Até a Segunda Guerra Mundial, o termo estresse era empregado basicamente por pesquisadores que realizavam trabalhos experimentais em laboratórios. O trabalho clássico de Cannon sobre modificações fisiológicas subjacentes aos estados de medo, fome, dor e raiva, produzidos por secreção adrenalínica, abriu caminho para outros estudos no campo da psicofisiologia, isto é, para as pesquisas voltadas ao estudo das interações entre estados mentais e processos fisiológicos. MELLO FILHO (1983) faz uma revisão de outros trabalhos clássicos subsequentes envolvendo relações entre fenômenos emocionais e funcionamento gástrico, que já chamam a atenção para diferenças individuais na expressão de respostas emocionais, bem como a ação das emoções inconscientes, em estudos experimentais humanos associados a investigação psicanalítica.

O endocrinologista Hans Selye ,em 1936, foi quem utilizou pela primeira vez o termo estresse para se referir ao estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, como a ação da dor, do frio, fome, intoxicações, infecções, além das influências psicológicas. Os trabalhos de Selye foram bastante influenciados por outras descobertas no campo da fisiologia. Em 1879, Bernard sugeria que o ambiente interno dos organismos deveria permanecer constante independentemente das mudanças no ambiente externo. Homeostase foi o termo posteriormente criado Cannon, em 1927, para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno do organismo. Utilizando-se destes conceitos, Selye definiu o estresse como uma quebra neste equilíbrio e iniciou seus experimentos sobre os efeitos do estresse nos processos corporais, seguindo o trabalho inicial de Cannon.

Conduzindo extensas investigações em laboratório sobre as reações dos animais a diversos estressores nocivos, Selye verificou que cada um destes estressores tinha um efeito específico nas reações corporais. O mais importante contudo, é que este pesquisador identificou uma repetida síndrome composta por mudanças que eram confiavelmente induzidas por muitos estressores diferentes. Considerou que tudo aquilo que se coloque como uma ameaça a vida provoca estresse e respostas adaptativas, das quais participa o organismo como um todo; à esse conjunto de reações corporais que resultam da exposição a um estressor, Selye chamou de Síndrome Geral de Adaptação, a qual considerou uma sucessão de três fases: alarme, resistência e exaustão, conforme descritas a seguir.

Na fase de alerta, ocorre a reação inicial do processo de estresse. Neste momento o organismo confronta-se com os estímulos estressantes (estressores) e desencadeia processo de "luta ou fuga", quebrando sua homeostase. A quebra deste equilíbrio interno- que é a principal reação do estresse- decorre da ação exacerbada do sistema nervoso simpático e da desaceleração do sistema nervoso parassimpático em momentos de tensão. Esta mobilização do organismo através de suas reações bioquímicas leva-o a uma condição de alerta, preparando-o para enfrentar situações em que tenha que atuar com urgência. Quando o estressor tem uma duração curta, a adrenalina é eliminada, o organismo restabelece sua homeostase e sai da fase de alerta sem conseqüências danosas para o seu bem estar. Entretanto, quando o estressor tem duração maior ou sua intensidade supera a resistência da pessoa, o organismo tenta reparar sua homeostase , entrando na fase de resistência ao estresse.

Na fase de resistência, a energia adaptativa de reserva é utilizada na tentativa de reequilíbrio. Se esta reserva é suficiente, o organismo recupera-se e sai do processo de estresse; por outro lado, caso o estressor exija do organismo mais energia adaptativa do que seja possível para o mesmo liberar, então o organismo se fragiliza, tornando-se vulnerável a doenças.

A terceira e última fase da Síndrome Geral de Adaptação, chamada fase de exaustão, ocorrerá se a resistência do organismo for insuficiente para lidar com o estressor, ou outros estressores aparecerem concomitantemente. Neste caso, ocorrerá um aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica - manifestada como depressão -, e física - tendo como consequência o surgimento de doenças.

EVERLY (1987) explica que a reação do estresse envolve um ou mais dos três eixos psicossomáticos : o neural, o neuroendócrino e o endócrino. O eixo neural, que atua através do hipotálamo, é o mais direto dos caminhos do estresse, pois ativa somaticamente os ramos simpático e parassimpático do sistema nervoso autônomo, passando pela medula espinhal e atingindo o órgão final; quando a ativação neural é feita através do sistema simpático, ela tem como efeito a estimulação generalizada do órgão final, enquanto que a ativação via sistema parassimpático é relacionada à inibição. Sem dúvida nenhuma o estresse pode atuar dos dois modos, e os efeitos da ativação deste eixo são imediatos, porém passageiros. No caso da situação de estresse perdurar por longo período, outro eixo psicofisiológico - o neuroendócrino - é ativado, gerando a reação de "luta e fuga" que ativa a medula adrenal produzindo as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina). Um terceiro eixo , que é responsável por uma fase ainda mais crônica de estresse do que os efeitos das catecolaminas medulares e do eixo neural, é o endócrino. A fim de que o eixo endócrino seja ativado, o estresse deve ser intenso ou muito prolongado. Para EVERLY (1987), sua ação origina-se no complexo do hipocampo, com os impulsos neurais descendo para o hipotálamo onde a corticotropina é liberada para a glândula pituitária, que por sua vez produz vários hormônios que estimulam determinados órgãos-alvo.

1.5. ESTRESSE E DOENÇA

EVERLY (1987) propõe um modelo de estresse-doença segundo o qual a ação dos eixos que formam a resposta do estresse (neural, neuroendócrino e endócrino) manifesta-se no órgão alvo ativando, aumentando ou inibindo seu funcionamento normal. Órgão-alvo pode ser o sistema cardiovascular, gastrointestinal, a pele, o sistema

imunológico entre outros. No caso da hipertensão arterial essencial, para a qual não existe causa física determinada, o estresse possui, através da sua ação simpática-adreno-medular e pituitária-adreno-cortical, o poder de aumentar a pressão arterial em resposta a estímulos psicológicos.

Segundo LIPP (1996), a resposta de estresse deve ser estudada nos seus aspectos físicos e psicológicos, pois a reação hormonal que é parte da reação de estresse desencadeia não só uma série de modificações físicas mas também reações emocionais. Na área emocional, o estresse pode produzir desde apatia, depressão, desânimo e sensação de desalento, hipersensibilidade emotiva, até raiva, ira, irritabilidade e ansiedade, além de ter o potencial de desencadear surtos psicóticos e crises neuróticas.

LIPP (1996) indica ainda que, além de desencadear sintomas psicológicos, o estresse pode contribuir para a etiologia de várias doenças mais graves e afetar profundamente a vida do indivíduo e de populações específicas em seus aspectos emocionais e sociais. A autora refere que dentre as doenças psicofisiológicas estudadas em nosso meio estão a hipertensão arterial, úlceras gastroduodenais, obesidade, câncer, psoríase e tensão pré-menstrual; outras patologias como cefaléia, herpes simples, vitilígio, lúpus, colite ulcerativa, doenças respiratórias, doenças imunológicas, parecem todas terem também em sua etiologia o estresse como um fator psicopatogênico.

Segundo LUBORRSKY *et al.* (1973), em muitas situações, reações físicas refletem reações psicológicas, mas conforme LIPP (1984), nenhuma reação parece unir de modo mais completo fatores emocionais e fisiológicos como as respostas de estresse

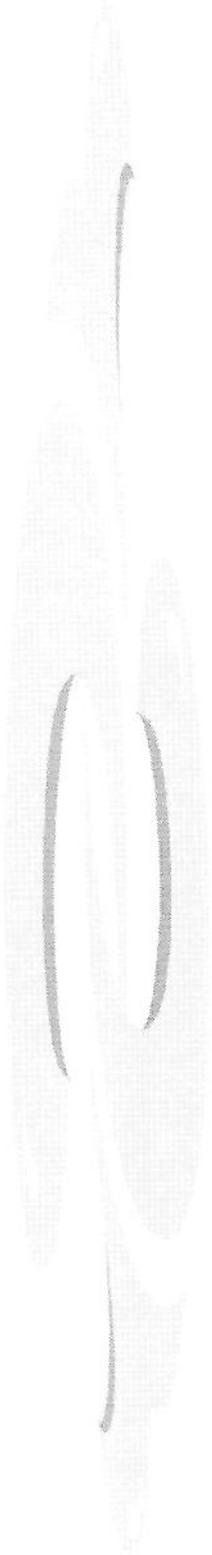
Mesmo que não se possa atribuir somente ao estresse o papel de causa das várias patologias mencionadas - e em especial à cefaléia, patologia cujas hipóteses sobre o envolvimento de fatores psicológicos e psicossociais em sua origem e manutenção este estudo pretende levantar - não podemos negar, contudo, sua participação como desencadeador ou agravante da problemática.

O Comitê de Classificação das cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia, ao estabelecer critérios para o diagnóstico e classificação das cefaléias em 1988, considerou a relevância de aspectos emocionais relacionados a algumas categorias de cefaléia. Os critérios desta classificação levam em conta para a definição de cefaléia tensional o que BARLOW (1984) denominava cefaléia psicogênica, tipo de cefaléia frequentemente associada à transtornos comportamentais e depressão.

O trabalho de KAISER (1990) apontou para o fato de que cefaléias tensionais crônicas em adolescentes costumam aparecer mascaradas com depressão. Nestes casos, a avaliação médica costuma investigar fatores como distúrbios de sono, perda de energia e interesse e diminuição da capacidade de concentração. Segundo este mesmo autor, as crianças frequentemente podem exibir comportamentos que sugerem depressão, mas costumam ocultar o afeto vinculado à ela. Com bastante freqüência observa-se a utilização excessiva de medicamentos analgésicos por esta classe de crianças, que também pode ter uma história clínica com evolução para enxaqueca.

KAISER (1992) chamou a atenção para a importância de se considerar os componentes psicológicos não só na etiologia da cefaléia, mas também considerá-los, em seus aspectos cognitivos, como fatores importantes para a aderência e conseqüente sucesso em seu tratamento.

A experiência clínica compartilhada entre médicos e psicólogos e reafirmada por GUERPELLI (1996) em artigo recente, aponta para preocupações clássicas evidenciadas pelos pais de crianças que apresentam sintomatologia de cefaléia. Tais famílias procuram atendimento médico para seus filhos buscando excluir a possibilidade de uma patologia intracraniana além de recursos para o alívio da dor. Os fatores para categorização das cefaléias têm sido tradicionalmente avaliados dentro dos parâmetros médicos, conforme as viabilidades da clínica e de seus recursos na forma de exames complementares. Deste modo, a busca por novas vias e mecanismos de interação psicofisiológica, podem contribuir significativamente para avanços no diagnóstico e tratamento das cefaléias, e conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida de populações específicas. A relevância dos aspectos psicológicos relacionados à sintomatologia das cefaléias justificam as investigações nesta área .



2. OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos:

1. Avaliar a presença de estresse em crianças com cefaléia do Tipo Tensional e Migrânea;
2. Avaliar os sintomas cognitivos e somáticos nos dois tipos de cefaléia;
3. Estabelecer relação entre fatores ambientais e respostas de estresse
4. Analisar a presença de ansiedade, depressão e assertividade, e estabelecer sua relação com estresse.

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

SUJEITOS

3.1. SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Foram selecionadas sistematicamente 28 crianças que apresentaram diagnóstico médico de cefaléia, encaminhadas para avaliação psicológica junto ao Ambulatório de Neuro-cefaléia na Infância, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM / UNICAMP).

Foram observados como critérios de inclusão:

- a) Faixa etária de 7 a 12 anos;
- b) Estarem frequentando regularmente a escola
- c) Evolução igual ou acima de 6 meses
- d) Não apresentar antecedentes de afecções neurológicas
- e) Queixa de Cefaléia do Tipo Tensional ou Migrânea, conforme a Classificação e critérios diagnósticos das cefaléias, nevralgias cranianas e dor facial da Sociedade Internacional de Cefaléia, IHS (1988)

Os critérios de exclusão foram:

- a) Pacientes com processos infecciosos agudos
- b) Traumatismo crânio-encefálico recente
- c) Epilepsia
- d) Transtorno psiquiátrico ou deficiência mental evidente

3.2. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

Foram estudadas 28 crianças, sendo 18 (64,3%) do sexo masculino e 10 (35,7%) do sexo feminino. A maioria estava frequentando a 4^a (32,1%) ou a 1^a série (25,0%), e tiveram diagnóstico de cefaléia do Tipo Tensional (32,1%) ou Migrânea (77,9%).

Após a análise dos dados, foram obtidos os seguintes resultados:

O QUADRO 1, a seguir, apresenta as freqüências das variáveis categóricas (sexo, escolaridade, repetências e renda mensal; diagnóstico de cefaléia) e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (idade atual e idade de início da queixa, duração da cefaléia)

QUADRO 1: Características Demográficas e Clínicas das Crianças com Cefaléia

| | | n | % |
|--------------|----------------------|----|------|
| Sexo | Masculino | 18 | 64.3 |
| | Feminino | 10 | 35.7 |
| Escolaridade | 1 ^a série | 7 | 25.0 |
| | 2 ^a série | 5 | 17.9 |
| | 3 ^a série | 3 | 10.7 |
| | 4 ^a série | 9 | 32.1 |
| | 5 ^a série | 4 | 14.3 |
| Repetências | Nunca | 20 | 71.4 |
| | Uma vez | 8 | 28.6 |
| Renda Mensal | Abaixo de 1 SM | 3 | 10.7 |
| | 1-3 SM | 10 | 35.7 |
| | 4-5 SM | 3 | 10.7 |
| | 6-7 SM | 3 | 10.7 |
| | 8-9 SM | 3 | 10.7 |
| | Acima de 9 SM | 6 | 21.4 |

| | | | | | |
|----------------------------------|----------------|------|-----|---------|-------|
| Diagnóstico | Tipo Tensional | | 9 | | 32.1 |
| | Migrânea | | 19 | | 77.9 |
| | Média | DP | Min | Mediana | Max |
| Idade (anos) | 9.74 | 1.57 | 7 | 10.13 | 11.92 |
| Idade de início (anos)-pais | 6.39 | 2.36 | 2 | 6 | 11 |
| Idade de início (anos)-crianças | 6.96 | 1.81 | 4 | 7.0 | 11 |
| Tempo de duração queixas (anos) | 3.35 | 2.13 | 0.5 | 2.71 | 9 |

3.3. INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Ficha de identificação pessoal (ANEXO 1)

Compreende os dados demográficos: idade, filiação, escolaridade e indicativos socio-econômicos.

- Protocolo de investigação Psicológica para Pais de Crianças com Cefaléia (ANEXO 2)

A partir da experiência clínico-psicológica de atendimento de crianças com cefaléia e literatura pertinente, foi elaborado um protocolo baseado nos modelos comportamentais de investigação e análise psicológica.

Este instrumento teve como objetivo pesquisar, através da percepção dos pais, o sintoma cefaléia e suas contingências psicológicas controladoras – atuais e relativas ao início da queixa-, o ambiente da criança, suas relações interpessoais (família, escola, grupos de amigos), atitudes parentais e recursos adaptativos.

O protocolo apresenta duas partes:

1ª parte: Caracterização da Queixa

2ª parte: Aspectos Psicossociais da Criança com cefaléia

A primeira parte aborda os aspectos físicos relativos aos dados médicos da queixa e à investigação das variáveis psicológicas. Há uma preocupação em esclarecer os fatores antecedentes à crise e suas conseqüências para a criança e para o seu contexto social.

As questões 1,2 e 3 referem-se aos dados médicos da queixa: idade de início, freqüência no início e atualmente.

As questões 4, 5 e 6 referem-se aos estímulos antecedentes da cefaléia, enquanto que as de números 7 e 8 referem-se às suas conseqüências, oferecendo, portanto, dados para uma análise funcional da queixa.

A questão 9 refere-se a outros sintomas psicológicos associados à cefaléia da criança.

A segunda parte do protocolo enfoca os aspectos relacionados à vida escolar, relacionamentos interpessoais na escola (questões 1, 2 e 3), com familiares (questões 4, 5, 6 e 11) e amigos (questões 7 e 8), hábitos de vida (questões 9 e 10) e suporte social (questão 11).

• Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia (ANEXO 3)

Este protocolo é composto por 12 questões estruturadas semi-abertas sobre as condições da cefaléia e aspectos psicológicos da criança. Tais questões encontram-se agrupadas nas seguintes categorias:

As questões 1 e 2 referem-se à descrição dos sintomas

As questões 3 e 4 referem-se à descrição dos estímulos antecedentes, enquanto que as de número 5, 6, 7 e 8 referem-se às conseqüências da cefaléia, permitindo portanto uma Análise Funcional da mesma.

As demais questões investigam as relações interpessoais na família (questão 9), na escola (questão 10), suporte social (questão 11) e Análise Funcional de outros sintomas psicológicos associados (questão 12)

- Inventário de Sintomas de Stress Infantil (LIPP, 1987) (ANEXO 4)

Consta de uma lista de 14 sintomas relacionados à estresse com intensidades variadas. Cada sintoma é seguido por 4 círculos que a criança deve preencher proporcionalmente à freqüência com que sente o que é descrito; Assim, se ela nunca sente o que está descrito, deve deixar todos os círculos em branco; se sente raramente, preenche apenas um círculo; se sente às vezes, deve preencher dois círculos; se sente com freqüência, preenche 3 círculos, e se sente sempre o sintoma descrito, deve preencher todos os círculos. O escore obtido indica o nível de estresse associados a sintomas físicos e cognitivos que a criança apresenta .

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado, IDATE - Forma C (SPIELBERGER, 1970) (ANEXO 5)

Compreende 2 escalas separadas para se medir sensibilidade (estado : Forma C-1) e nível habitual de ansiedade no indivíduo (traço de ansiedade : Forma C-2). As formas C1 e C2 apresentam cada uma delas 20 itens para cada um dos quais a criança escolhe 1 dentre 3 alternativas para as quais podem ser atribuídas de 1-3 pontos. Os escores de ambas as escalas podem variar portanto dentre um mínimo de 20 á um máximo de 60 pontos, que indica o nível maior de ansiedade.

Ambas escalas têm sido amplamente utilizadas em pesquisas sobre ansiedade, e apresentam validação para o Brasil (Biaggio, 1983).

- Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças (AMARAL, 1990) (ANEXO 6)

Instrumento que apresenta 27 itens referentes a uma auto-avaliação de reações fisiológicas, comportamentais e afetivo-emocionais sem depressão infantil; cada um dos itens apresenta 3 níveis de escolha para a frequência com que a criança avalia a presença daquela reação: Sim, se sempre sente a reação, Às Vezes, se sente com menor frequência a reação, e Não se avaliar que não sente a reação descrita. Os itens são escalonados de 0-2 pontos e o escore obtido corresponde à uma determinada intensidade de sintomatologia depressiva .

Escala de Auto-Expressão (DI NUCCI, 1981) (ANEXO 7)

Instrumento constando de 34 itens que têm o objetivo de avaliar o nível de assertividade do sujeito numa variedade de contextos interpessoais: relacionamento com outras crianças, e com adultos conhecidos e desconhecidos, além da expressão de sentimentos positivos e negativos.

- Escala de Reajustamento Social (ELKIND, 1981) (ANEXO 8)

Instrumento no qual constam 42 itens relacionando acontecimentos da vida de uma criança nos últimos 12 meses; a soma dos itens assinalados permite medir a quantidade de estresse à qual ela está submetida e suas chances de ficar doente .

3.4. PROCEDIMENTOS

As crianças foram previamente selecionadas pelo médico neurologista, conforme os critérios de inclusão e exclusão referidos, através de exame clínico-neurológico complementados por exames , quando necessário.

A seguir, foram encaminhadas para o próprio pesquisador, profissional psicólogo, que realizou a avaliação em 4 sessões:

1ª sessão :

- a) entrevista inicial com a criança e com o familiar acompanhante - em separado - , para levantamento da queixa .
- b) apresentação do trabalho de avaliação psicológica com explicação para a família da importância de uma investigação psicológica mais detalhada para a compreensão dos possíveis fatores controladores da cefaléia da criança.
- c) aceite pela família em participar de todo o processo de avaliação (4 sessões), e da inclusão no protocolo de pesquisa com divulgação dos dados obtidos, mantendo-se contudo sigilo quanto á identificação do paciente e seus familiares (conforme Termo de Consentimento Pós-Informação, definido conforme a Resolução 196/96).(ANEXO 9)
- d) Aplicação do Protocolo de Investigação Psicológica para Pais de Crianças com Cefaléia e o Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia.

2ª sessão:

Avaliação dos seguintes aspectos psicológicos : sintomas de estresse, ansiedade e depressão, através respectivamente, do Inventário de Sintomas de Estresse Infantil, Inventário de Ansiedade Traço-Estado/ IDATE - Forma C, Escala de Auto-Avaliação de Depressão para Crianças.

3ª sessão :

Avaliação de assertividade, e estressores externos, respectivamente através da Escala de Auto-expressão e Escala de Reajustamento Social.

4ª sessão :

A avaliação proposta encerrou-se com uma entrevista psicológica (devolutiva) junto á criança e familiares, quando foram comunicados os resultados da investigação e sugeridos encaminhamentos oportunos.

3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A etapa seguinte referiu-se à análise estatística dos dados obtidos através dos testes psicológicos padronizados, protocolos para anamnese e observações realizadas, bem como da busca de relações funcionais entre fatores ambientais, comportamentos do sujeito e conseqüências para o sujeito e seu meio.

Para descrever o perfil da amostra segundo as diversas variáveis em estudo, foram feitas tabelas de freqüência das variáveis categóricas e estatísticas descritivas (com medidas de posição e dispersão) das variáveis contínuas. (QUADRO 1)

Os resultados dos testes psicológicos estão representados nos QUADROS 2 a 6. Para analisar a relação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando necessário (valores esperados menores que cinco), o Teste Exato de Fisher. Para analisar a relação entre uma variável categórica com duas categorias e uma variável contínua, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney, que comparou os postos das observações.

Para a análise do protocolo de Investigação psicológica para Crianças com Cefaléia – para crianças e pais -, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, representadas nos QUADROS 9 a 19.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis psicológicas e as categorias de cefaléia estudadas (QUADRO 7), embora numericamente o nível de estresse tenha sido maior para migrânea.. sendo assim, a verificação de significância estatística entre estresse e demais variáveis foi estudada com um grupo único, sem diferenciação entre cefaléia do tipo Tensional e Migrânea. (QUADRO 8).

A associação entre tipos de sintomas de estresse predominantes – cognitivo ou somático – e categoria de cefaléia, também não mostrou significância estatística ($p=0,677$). Entretanto, houve predomínio de sintomas cognitivos para Migrânea (63,16%), enquanto que para cefaléia do tipo Tensional, os sintomas predominantes foram os somáticos (55,56%).

A associação entre Estresse e Ansiedade identificou estresse e Traço de Ansiedade levemente significativo ($p=0.115$).

Nos resultados obtidos a partir da Escala de Auto-expressão (nível de assertividade) verificou-se associação estatisticamente significativa com estresse apenas para dificuldades no relacionamento com adultos ($p=0.0438$).

Para as demais variáveis, não houve associação estatisticamente significativa com Estresse.

4. RESULTADOS

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DOS TESTES PSICOLÓGICOS

QUADRO 2 : Freqüência das respostas de estresse

| | n | % |
|---------------------------|----|---|
| Estresse total | 18 | 64.29 |
| Sintomas cognitivos | 16 | 57.1 |
| Sintomas somáticos | 10 | 35.7 |
| Empate | 2 | 7.1 |
| Sintomas mais frequentes: | | Não consigo ficar parado e quieto num mesmo lugar por muito tempo |
| | | Tenho medo |
| | | Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer |
| | | Tenho vontade de chorar |
| | | Mínhas mãos ficam suadas |
| | | Eu me sinto assustado na hora de dormir |

QUADRO 3 : Estado e Traço de Ansiedade

| | N | % |
|--------------------|----|------|
| Ansiedade – Estado | 19 | 67.9 |
| Ansiedade – Traço | 14 | 50.0 |

QUADRO 4: Nível de depressão

| | N | % |
|---------------|----|------|
| Severa | 16 | 57.1 |
| Leve | 11 | 39.3 |
| Sem Depressão | 1 | 3.6 |

QUADRO 5 : Assertividade

| | | n | % |
|------------------------------------|-----------------------|----|------|
| Dificuldade no relacionamento com: | Outras crianças | 7 | 25.0 |
| | Adultos conhecidos | 10 | 35.7 |
| | Adultos desconhecidos | 15 | 53.6 |
| Expressão de Sentimentos: | Positivos | 9 | 32.2 |
| | Negativos | 1 | 3.6 |

QUADRO 6: Reajustamento Social

| | N | % |
|--------------------------|----|--|
| Moderado | 5 | 17.9 |
| Severo | 23 | 82.1 |
| Eventos mais frequentes: | | Doença ou ferimento pessoal Férias com a família Reajustamento escolar Mudança nos hábitos de brincar Mudança nas condições financeiras da família |

QUADRO 7: Associação entre Estresse e sintomas na Migrânea e na Cefaléia do Tipo Tensional

| | | N | % | P |
|---|----------------|----|-------|-------|
| Cefaléia: | Tipo Tensional | 5 | 55.56 | 0.677 |
| | Migrânea | 13 | 68.42 | 0.677 |
| Sintomas (Tipo Tensional Migrânea): | Cognitivos | 4 | 44.44 | 0.287 |
| | | 12 | 63.16 | |
| | Somáticos | 5 | 55.56 | 0.287 |
| | | 5 | 26.32 | |
| | Empate | 0 | 0.0 | 0.287 |
| | | 2 | 10.53 | |

QUADRO 8 : Associação entre Estresse e as variáveis: Ansiedade, Depressão, Reajustamento Social e Auto-Expressão

| | | N | % | Média | DP | P |
|-----------------|-----------------------|----|-------|-------|------|--------|
| Ansiedade: | Estado | 13 | 68.42 | | | 0.677 |
| | Traço | 11 | 78.57 | | | 0.115 |
| Depressão: | Leve/Sem | 6 | 50.0 | | | 0.243 |
| | Severa | 12 | 75.0 | | | 0.243 |
| Reajustamento: | Moderado | 4 | 80.0 | | | 0.626 |
| | Severo | 14 | 60.87 | | | 0.626 |
| Auto-Expressão: | Adultos desconhecidos | 18 | | 3.44 | 1.76 | 0.0438 |

Resultados

QUADRO 9: Estímulos Antecedentes no Início do Quadro de Cefaléia – Dados dos Pais

| | n | % |
|--|----|-------|
| Mudanças (cidade) | 01 | 3,57 |
| Escola (punição, dificuldade de aprendizagem) | 07 | 25 |
| Família (brigas, abandono, nascimento, morte, depressão materna) | 07 | 25 |
| Problemas de saúde (acidente sem traumas) | 03 | 10,71 |
| Não relacionaram | 10 | 35,71 |

QUADRO 10: Estímulos Antecedentes Atuais no quadro de Cefaléia – Dados dos Pais

| | n | % |
|-------------------|----|-------|
| Casa | 28 | 100 |
| Escola | 24 | 85,71 |
| Outros | 0 | 0 |
| Atividades | | |
| Vendo tv | 13 | 46,42 |
| Tarefas escolares | 20 | 71,42 |
| Relacionamentos | 8 | 28,57 |
| Trabalhando | 1 | 3,57 |
| Ônibus | 1 | 3,57 |
| Não relacionaram | 3 | 3,57 |

QUADRO 11: Consequentes Atuais do Quadro de Cefaléia – Dados dos Pais

| | | n | % |
|-------------------------|--|----|-------|
| Reações da criança | Solicita ajuda dos pais e professores (queixa-se, pede remédio) | 17 | 60.71 |
| | Não solicita ajuda (dorme, toma remédio, fica Quietos, mantém atividade) | 11 | 39.29 |
| | Interrompe atividade | 24 | 85.71 |
| | Não interrompe atividade | 04 | 14.29 |
| Reações dos pais | Dar atenção : | 25 | 89.29 |
| | Atenção excessiva | 14 | 50.0 |
| | Desespero | 03 | 10.71 |
| | Permissividade | 02 | 7.14 |
| | Superproteção | 04 | 14.28 |
| | Privar criança de situações aversivas | 02 | 7.14 |
| | Indiferença | 03 | 10.71 |
| Reações dos professores | Dar atenção (mandar deitar, dar remédio, dispensar da aula) | 10 | 35.71 |
| | Não dar atenção | 18 | 64.29 |

QUADRO 12: Outros Sintomas de Estresse apresentados pelas Crianças

| Sintomas | n | % |
|-----------------------------|----|-------|
| Dor abdominal | 12 | 42,85 |
| Tique | 8 | 28,57 |
| Náusea | 11 | 39,28 |
| Hiperatividade | 12 | 42,85 |
| Gagueira | 5 | 17,85 |
| Tensão muscular | 7 | 25,0 |
| Ranger dentes | 12 | 42,85 |
| Falta de apetite | 17 | 60,71 |
| Sudorese fria nas mãos | 15 | 53,57 |
| Enurese | 1 | 3,57 |
| Desânimo | 14 | 50,0 |
| Depressão | 3 | 10,71 |
| Ansiedade | 12 | 42,85 |
| Baixo interesse nos estudos | 11 | 39,28 |
| Comportamento de risco | 7 | 25,0 |
| Agressividade | 15 | 53,57 |
| Impaciência | 23 | 82,14 |
| Medo excessivo | 12 | 42,85 |
| Insegurança | 13 | 46,42 |
| Hipersensibilidade | 17 | 60,71 |

QUADRO13: Contexto Familiar

| | | n | % |
|------------------------------------|---|----|-------|
| Atitudes parentais: | Pais exigentes | 17 | 60.71 |
| | Pais contraditórios em relação à disciplina | 19 | 67.85 |
| Dificuldade de relacionamento com: | Pai | 11 | 39.29 |
| | Mãe | 05 | 17.85 |
| | Irmãos | 14 | 50.0 |
| Suporte social dos pais: | Sim | 17 | 60.71 |
| | Não | 11 | 39.29 |

QUADRO 14: Contexto Escolar

| | | N | % |
|---------------------|-----------------------------------|----|-------|
| Dificuldades de: | Aprendizagem | 17 | 60,71 |
| | Relacionamento com: Colegas | 07 | 25.0 |
| | Professores | 05 | 17.85 |
| Rotina de estudo: | | | |
| Atitudes parentais | Suporte: Regular | 10 | 35.71 |
| | Contingente à solicitação | 04 | 14.28 |
| | Sem suporte | 14 | 50.0 |
| | Qualidade do suporte: Indiferença | 10 | 35.71 |
| | Agressividade | 07 | 25.0 |
| | Cobrança | 06 | 21.42 |
| | Incentivo | 05 | 17.85 |
| Reações da criança: | Fuga/esquiva | 20 | 71.42 |
| | Aproximação | 08 | 28.57 |

QUADRO 15: Contexto Social

| | n | % |
|----------------------------------|----|-------|
| Dificuldade em fazer amizades | 20 | 71.43 |
| Dificuldade em manter amizades: | 25 | 89.29 |
| Atividade de lazer: | | |
| Sozinho | 11 | 39.29 |
| Acompanhado por: | | |
| crianças de mesma faixa etária | 15 | 53.57 |
| crianças maiores | 03 | 10.71 |
| crianças menores | 01 | 3.57 |
| Recebe orientação sexual em casa | 22 | 78.57 |

QUADRO 16: Hábitos de Vida

| | n | % |
|--|----|-------|
| Problemas de sono (ranger dentes, sonilóquio, sonambulismo, sono agitado, enurese) | 22 | 78.57 |
| Problemas de alimentação (alimentação irregular, desrespeito ao número e horário das refeições) | 16 | 57.14 |

QUADRO 17: Estímulos Antecedentes no Início do Quadro de Cefaléia – Dados da Criança

| | n | % |
|---|----|-------|
| Mudanças (residência, clima) | 02 | 7.14 |
| Escola (admissão, problemas interpessoais) | 04 | 14.29 |
| Família (morte, brincadeiras em casa, presentes) | 03 | 10.71 |
| Problemas de Saúde (acidente sem trauma, infecções, outras dores) | 04 | 14.28 |
| Não relacionaram | 11 | 39.29 |

QUADRO 18: Estímulos Antecedentes Atuais no quadro de Cefaléia – Dados da Criança

| | n | % |
|--|----|-------|
| Local | | |
| Casa | 21 | 75.0 |
| Escola | 14 | 50.0 |
| Outros (veículo, local de trabalho da mãe) | 03 | 10.71 |
| Atividades | | |
| Ver tv | 07 | 25.0 |
| Tarefas escolares | 16 | 57.14 |
| Relacionamentos (brincando com colegas, brigas com/entre pais) | 12 | 42.85 |
| Trabalhando | 02 | 7.14 |
| Carro/ônibus | 02 | 7.14 |

QUADRO 19: Consequentes Atuais do Quadro de Cefaléia – Dados da Criança

| | | n | % |
|-------------------------|---|----|-------|
| Reações da Criança | Solicita ajuda dos pais/professores (queixa-se, pede remédio) | 14 | 50.5 |
| | Não solicita ajuda (fica quieta, dorme, reza) | 16 | 57.14 |
| | Interrompe atividade | 17 | 60.71 |
| | Não interrompe atividade | 11 | 39.29 |
| Reações dos Pais | Dar atenção (oferecer remédio, reconfortar, contato físico, aumento da afetividade) | 18 | 64.28 |
| | Punição | 02 | 7.14 |
| | Indiferença | 06 | 21.43 |
| Reações dos Professores | Dar atenção (mandar deitar, oferecer remédio, ficar fora da aula) | 13 | 46.43 |
| | Punição | 02 | 7.14 |
| | Não comunica Professor | 13 | 46.43 |

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. CEFALÉIA E RESPOSTAS DE ESTRESSE

A cefaléia é uma das queixas mais comuns entre a população de modo geral e portanto queixa bastante frequente na clínica médica. Num estudo recente (LEIRA *et al*,1998) realizado nos serviços de neurologia de vários hospitais de toda a Espanha, apontou um dos tipos de cefaléia, a migrânea, como a principal razão pela procura por um neurologista.

Segundo GHERPELLI (1996) e GUIDETTI (1998), na infância e adolescência a cefaléia também é uma queixa bastante frequente, e portanto um problema importante na prática clínica. Assim, várias pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de avaliar a incidência e prevalência de cefaléias na infância (EGERMARK-ERIKSSON, 1982; ELSER *et al*, 1990; ABUH-AREF *et al*, 1994; SILANPÄÄ *et al*, 1996).

Tomada como um sintoma somático, a cefaléia muitas vezes tem sido considerada como preocupante, já que pode levar à uma diminuição das capacidades. Este conceito, proposto pela OMS, é utilizado para designar qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade de maneira considerada normal para o ser humano. Então sua importância reside no fato de interferir no livre desempenho das atividades de vida diária de uma pessoa, desde aquelas relacionadas ao desempenho profissional – como perda de dias de trabalho –, evitação de atividades física, atividades de lazer e convívio social, além de alterações no estado de humor, dentre outros. Quando se fala em crianças, os efeitos da cefaléia podem ser verificados através de problemas comportamentais, relacionados por exemplo à vida escolar – como interromper atividades em sala de aula, sair mais cedo da escola, deixar de participar de atividades na hora do recreio – ou mesmo em casa, deixando de brincar, estudar, conviver com a família e amigos, acarretando então prejuízos na frequência e desempenho do aluno, bem como no desenvolvimento social e emocional. Além disso, a queixa de cefaléia de uma criança, costuma desencadear grande preocupação e exige mobilização por parte de sua família, professores, amigos, afetando assim, de alguma forma, todos aqueles com quem ela convive (KAIN *et al*, 1995).

Pesquisadores como GUIDETTI (1998) e KARWAUTZ *et al.*(1993) têm nos últimos anos apontado para a consideração de modelos patogênicos da cefaléia que levem em conta o complexo envolvimento de fatores orgânicos , psicológicos e psicossociais, tanto na predisposição quanto na deflagração das crises e manutenção do problema.

São grandes as contribuições da Psicologia Behaviorista e mais especificamente da Medicina Comportamental para a compreensão dos processos de saúde e doença, e também para a aplicação desses conhecimentos na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. KERBAUY (1995) aponta para a importância de estudos epidemiológicos que permitam verificar como as variáveis comportamentais - do indivíduo e de seu meio social -, e variáveis fisiológicas integram-se para o desenvolvimento e manutenção das doenças. A autora afirma ainda que aspectos como experiências de aprendizagem e de fatores ambientais - sociais e econômicos, por exemplo -, são algumas das variáveis que podem influenciar na precipitação e manutenção de eventos clínicos. Assim sendo, cabe-nos perguntar sobre que contingências , sejam elas psicológicas ou psicossociais, poderiam relacionar-se à predisposição, deflagração e manutenção das crises e queixas de cefaléia .

De fato, vários estudos têm focado a relação entre cefaléias do Tipo Tensional e também Migrânea com fatores psicológicos , mas não existem modelos definitivos sobre essa relação. Contudo, pesquisas recentes na área do Estresse, têm permitido compreender como estímulos psicológicos evocam respostas orgânicas, relacionadas a diversas patologias em nosso meio. Lipp (1996) descreveu como diversas doenças e disfunções podem ser consideradas como possuindo um componente de estresse na sua ontogênese, E aquelas mais estudadas em nosso meio são: hipertensão arterial, úlceras gastroduodenais, obesidade, câncer, psoríase, dentre outras. Segundo a autora, outras patologias como herpes simples, vitiligo, lúpus, colite ulcerativa, doenças respiratórias, doenças imunológicas e também cefaléia, também parecem apresentar em sua etiologia o estresse como um fator psicopatogênico.

Os estudos de GUIDETTI (1998), corroboram a idéia que a discriminação de fatores predisposicionais biológicos e fatores precipitantes, assim como o papel dos diferentes aspectos psicológicos e características de personalidade, teriam um papel importante na clarificação da etiologia, patofisiologia e conseqüentemente, no tratamento

das cefaléias. Além disso, segundo este autor, saber discriminar fatores estressores – psicológicos e psicossociais -, além daqueles relacionados à alimentação, e estimulação visual ou auditiva, dentro do contexto atual de vida e de desenvolvimento do paciente, pode ser bastante útil e esclarecedor.

Levando em consideração, portanto, que a cefaléia poderia ser um sintoma de estresse na população estudada, coube-nos verificar junto ao grupo amostral, a ocorrência de respostas de estresse em nível significativo.

De fato, esta pesquisa revelou que 64.29% da população avaliada, apresentou respostas ou sintomas de estresse em nível relevante, conforme os resultados do Inventário de Sintomas de Stress (ISS) (LIPP, 1991). Tal instrumento possibilitou ainda constatar um predomínio dos sintomas cognitivos sobre os sintomas somáticos (57,1 % e 35,7 % , respectivamente). Os sintomas mais frequentes levantados pelo instrumento foram : não conseguir ficar parado e quieto num mesmo lugar por muito tempo (53.6%), medo (46.4%), preocupações com a possibilidade de ocorrência de coisas ruins na vida da criança (46.4%), vontade de chorar (39,3%), sudorese nas mãos (35.7%), e sentir-se assustado na hora de dormir (35.7%).

Quanto à relação entre estresse e tipo de cefaléia (tipo Tensional ou Migrânea) para a população estudada, a associação não apresentou-se estatisticamente significativa ($p = 0.677$). Não foi estatisticamente significativa também a associação entre predominância de sintomas nestes 2 tipos ($p = 0.287$). Verificou-se uma tendência à uma maior frequência de sintomas somáticos de estresse para a cefaléia do Tipo Tensional (55,56%), contra uma frequência maior de sintomas cognitivos de estresse para a Migrânea (63.16%).

Tendo em vista, então, que a maioria da população das crianças envolvidas neste estudo apresentou uma frequência importante de respostas de estresse, concordando com os estudos de CARLSSON *et al.* (1996) e FERNANDEZ *et al.* (1996) e que o estresse é uma reação de adaptação do organismo diante de estímulos (causas) externas ou internas, que estímulos estressores ou fontes de estresse poderiam estar presentes neste contexto, possivelmente relacionados à patogenia das cefaléias do Tipo Tensional e Migrânea ?

Para responder à essa pergunta, partimos do conceito de estressor e da necessidade de avaliar sua frequência e intensidade na população. Uma maneira de compreender a que estressores uma pessoa pode estar sujeita, podemos dividi-los em 2 categorias: estressores externos – relacionados a mudanças no ambiente externo e eventos de vida do organismo-, e estressores internos – relativos ao próprio indivíduo, como padrão comportamental mais frequente, suas cognições, crenças, valores, seu modo de ver o mundo, suas habilidades interpessoais, vulnerabilidades, esquemas de reação à vida, dentre outros.

5.2. ESTRESSORES EXTERNOS

Dentre os estímulos ou causas externas, as mudanças que ocorrem na vida de uma criança podem exigir que ela use muita energia para se adaptar, levando a um desgaste de seu organismo, que pode torna-lo mais vulnerável a doenças. Segundo ELKIND (1981), que adaptou para crianças a Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967), quanto mais mudanças ocorridas na vida de uma criança no período de um ano, maior é a probabilidade da criança vir a apresentar problemas de saúde devido ao estresse. PASSCHIER (1985) e SILLÄNPA (1983) em suas pesquisas também relacionaram a ocorrência de estresse como um indicativo de vulnerabilidade ao estresse. Na presente pesquisa, todas as crianças apresentaram, como resultados deste teste, níveis acima da média de estressores externos, sendo que para 82,1% delas, devido aos níveis alcançados, a probabilidade de problemas de saúde ocorrerem foram mais severas.

Dentre as mudanças mais frequentes apresentadas pelas crianças deste estudo, no último ano de suas vidas, e evidenciados pela Escala de Reajustamento Social (ELKIND, 1981), podemos mencionar: doença ou ferimento pessoal (92,9%), férias com a família (89,3%), reajustamento escolar (85,7%), mudança nos hábitos de brincar (78,6%), mudanças nas condições financeiras da família (71,4%), doença de um membro da família (60,7%), e mudança nos hábitos de dormir (60,7%), dificuldades na escola (57,1%), dentre outros.

Outros instrumentos também desenvolvidos e empregados nesta pesquisa com a finalidade de discriminar situações geradoras de estresse em crianças foram o Protocolo de Investigação Psicológica para Pais de Crianças com Cefaléia, e o Protocolo de Investigação Psicológica para Crianças com Cefaléia. Através deles foi possível realizar uma análise das contingências relacionadas ao sintoma cefaléia, tanto no início do quadro (antecedentes atuais, conforme QUADROS 9 e 17) quanto na manifestação atual do problema (antecedentes atuais, conforme QUADROS 10 e 18), sugerindo aspectos psicossociais relacionados à precipitação e manutenção do problema, respectivamente. Além disso, as QUADROS 13, 14 e 15, apontando, respectivamente aspectos dos contextos familiar, escolar e social atuais, e as quadros 11 E 19 (consequentes do quadro de cefaléia, segundo o ponto de vista da família e da criança), ofereceram dados que complementaram e reforçaram informações a partir das quais podemos formular hipóteses que expliquem a contribuição dos aspectos psicossociais para a origem e manutenção do problema.

Dentre os aspectos apontados tanto pela família quanto pela própria criança, eventos de vida relacionados ao contexto escolar (entrada na escola, dificuldades de aprendizagem, problemas interpessoais, suporte parental inadequado à rotina de estudo, dentre outros), contexto familiar (brigas, abandono, nascimentos e mortes, problemas parentais de saúde, dificuldades de relacionamento e atitudes parentais), além de problemas de saúde (acidentes sem trauma, infecções e outras dores), foram os mais frequentes. LIPP *et al.* (1991) e ELKIND (1981) têm apontado para vários estressores nestes contextos.

De modo geral, a escola pode apresentar diversas fontes de estresse para uma criança, a começar pela própria admissão da mesma, que inicia um processo de separação contínua da criança e seus pais. Além disso, sendo para muitas crianças o primeiro agente socializante fora da família, têm de aprender a seguir regras e limites impostos por outras pessoas que não seus pais. Na escola, aprender a ler e escrever, e também a preocupação gerada pelas pressões dos grupos de colegas, o medo de ser rejeitada nas brincadeiras, ou a preocupação quanto à sexualidade e aparência física, frequentemente somam-se à problemas de instalações inadequadas - espaços de dimensões insuficientes, pouca iluminação, bancos ou carteiras desconfortáveis, material pedagógico inapropriado - e excesso de ruído, que chegam a elevar o estresse e impedir a aprendizagem efetiva. Outros

aspectos importantes também a se considerar como estressores no contexto escolar, são as mudanças de professores ou professores instáveis e ou cobrança excessiva e também as atitudes parentais relacionadas à rotina de estudo da criança. Dentre os fatores apontados este estudo mostrou que enquanto que 50.0% das crianças não recebem suporte de seus pais para tarefas escolares, para outras o mesmo é apresentado com indiferença (35,71%), agressividade (25.0%) ou cobrança (21.42%). Tais atitudes parentais podem colaborar para o desenvolvimento de alto nível de ansiedade, que influencia por sua vez um distanciamento cada vez maior do ritmo normal da classe, fazendo com que a criança sintasse incapaz, desmotivada e lenta (BRANDEL, 1996)

METSAHONKALA *et al.* (1998), num recente estudo realizado junto à crianças com migrânea no início da vida escolar, também relataram a importância das pressões para adaptação na escola e problemas de relacionamento neste contexto, como os estressores mais importantes avaliados. Além disso, citam situações de ameaça na escola sofridas por crianças que vivem e frequentam o equipamento público na periferia das grandes cidades, segundo pesquisa de SILLÄNPA *et al.* (1996) com crianças migranosas. Tais dados estão em conformidade com a caracterização e resultados também observados neste presente estudo para algumas crianças.

Concordando com BORGE *et al.* (1995) a respeito de estressores familiares e acadêmicos, a vida em família também foi apontada como uma das fontes de estresse mais importantes, relacionada tanto no início (25% pelos pais e 14,29% pelas crianças) quanto à manutenção atual da cefaléia (85,71 para os pais e 50,0% para as crianças). Situações de brigas entre pais fazem as crianças ficarem ansiosas porque fazem-na pressentir o lar como ameaçado e sentirem-se culpadas por se colocarem no centro imaginário da discórdia familiar.

Morte em família – gerando medo de abandono e de não sentirem-se amadas -, nascimento de irmão – gerando sentimentos de perda de privilégios, ou a mudança de atitude dos pais -, também foram apontadas.

Pais contraditórios em relação à disciplina (67,85%), algumas vezes punitivos, outras permissivos e superprotetores, que não definem claramente quais os comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, tornam as crianças inseguras por não estabelecerem os limites da ação permissível, gerando ansiedade e agitação.

Um outro aspecto importante apontado com antecedente para a cefaléia foi o hábito de assistir televisão. Segundo ELKIND (1981), os meios de comunicação contemporâneos podem estressar as crianças de duas maneiras, dando-lhes excesso de informação muito rapidamente, gerando uma discrepância entre o quanto de informação a criança recebe e o quanto ela pode processar ou refletir, ou dando-lhes informações para as quais não se acham prontas intelectual e emocionalmente, como é o caso de material violento ou sexual; neste caso, a visão da violência ou o controle viciosamente desviado, numa fase da vida em que os impulsos estão apenas se desenvolvendo, atuam como estressor poderoso, por sugerir que talvez elas possam não conseguir dominar seus impulsos e hostilidades. Além do mais, enquanto a criança despense muito tempo junto à tv, é privada do tempo de brincar, atividade cuja finalidade, dentre outras, é promover uma condição de escape para o estresse.

Uma outra categoria de estímulos antecedentes às cefaléias, apontados por esta pesquisa, foram os problemas de saúde (10,71% para os pais e 14,28% para as crianças) . Situações como acidentes, infecções, dores, além da busca pelos serviços médico-hospitalares e o enfrentamento das expectativas dos pais e de si próprias quanto a gravidade do quadro, criam situações estressoras, que utilizam e desgastam os recursos de energia adaptativa da criança.

Apesar dos resultados apresentados pelas crianças, relativos à presença maciça de situações ambientais estressoras, a associação entre crianças com nível significativo de estresse e reajustamento social não permitiu uma diferenciação nas categorias de cefaléia em separado. Levanta-se a hipótese de que tal condição deveu-se ao fato de não contarmos com um grupo pareado de crianças com cefaléia do Tipo Tensional e Migrânea, ou indicar que as situações estressantes incidam da mesma forma sobre todas as crianças, independente da sintomatologia apresentada.

5.3. ESTRESSORES INTERNOS

Uma outra categoria de estímulos considerados como geradores de estresse são aqueles relacionados às cognições, crenças e valores, de uma criança, seus esquemas de reação às situações de vida, atitudes, seus padrões de comportamento mais frequentes, vulnerabilidades e habilidades interpessoais, que mediam sua relação com os estímulos externos e determinam a forma como ela enfrenta ou reage as situações cotidianas.

A família, e mais tarde a escola, a comunidade e demais instituições influenciam diretamente as crianças, levando-as a adquirirem certos comportamentos (padrões de resposta cognitivas, afetivo-emocionais e motoras), que podem desencadear reações de estresse importantes.

Dentre os comportamentos observados nessa pesquisa, que incluímos como estressores internos, estão a ansiedade, depressão e assertividade da criança.

Em relação à ansiedade, considerada como um traço de personalidade, ou seja, um padrão comportamental relativamente estável da criança, observamos sua ocorrência em 50.0 da amostra; Sua associação com o nível de estresse foi levemente significativa ($p = 0,115$), sugerindo uma tendência a ser um padrão comportamental nessa população e a mediar a gênese de comportamentos e atitudes disfuncionais se assim permanecer nas etapas seguintes do desenvolvimento.

Várias são as situações que desencadeiam ansiedade numa criança. Uma delas é o sentimento de desamparo quando a criança se sente desprotegida e precisa enfrentar uma situação que vai além daquilo que pode tolerar. Uma das conseqüências disso é a manifestação de angústia, seja através de sintomas físicos, como náusea, vômitos, dores de cabeça, diarreias, falta de ar, tristeza excessiva, inibição da manifestação de emoções, bloqueios com paralização motora, dentre outros, largamente apresentados pela população estudada, como indicado na QUADRO 12. Além disso, algumas das atitudes parentais descritas como mais frequentes neste estudo – como indiferença, agressividade ou cobrança diante de solicitação de ajuda da criança para realização de tarefas escolares -, ou a atenção excessiva, superproteção e permissividade dos pais diante das queixas de cefaléia da

criança -, revelaram-se como potencialmente estressoras, seja pelo fato de não oferecerem suporte suficiente para necessidades da criança, seja pelo estabelecimento de uma crença pelas crianças de que todas as suas necessidades podem ser atendidas, gerando assim ansiedades e exigências crescentes de privilégios , que muitas vezes não podem ser satisfeitos (LIPP *et al.*, 1991).

É importante observar também que as reações dos professores de dar atenção excessiva às queixas e privilégios devido ao fato das crianças se mostrarem doentes, valoriza as vulnerabilidades da criança; ou no extremo oposto, não dar atenção às solicitações de ajuda da criança, acabam ambos gerando respostas de esquivas da criança (não realizar tarefas, problemas comportamentais, retraimento, dentre outros), que podem se constituir experiências que se cristalizadas como um traço de personalidade, podem manter as dificuldades de adaptação da mesma e se generalizar para outros contextos ou fases do desenvolvimento.

Assertividade pode ser conceituada como uma resposta social apropriada para as situações, envolvendo expressão direta, honesta e adequada dos sentimentos; mais comumente envolve a habilidade de dizer não para solicitações tidas como abusadas, em pedir algo ou exigir que seus direitos sejam respeitados, além de expressar sentimentos em geral, sejam eles positivos ou negativos. Assim, uma outra fonte comum de ansiedade para as crianças, é quando reprimem sua agressividade em relação a pares, pais ou professores. Na população estudada, a dificuldade de relacionamentos com adultos, especialmente aqueles fora da família, como é o caso dos professores, foi indicado como um dos resultados da Escala de Auto-Expressão como estatisticamente significativa, somada à baixa capacidade de expressão de sentimentos negativos também , também observada neste estudo, o que aponta uma condição de baixa assertividade para a amostra, revelando-se como mais uma fonte de estresse.

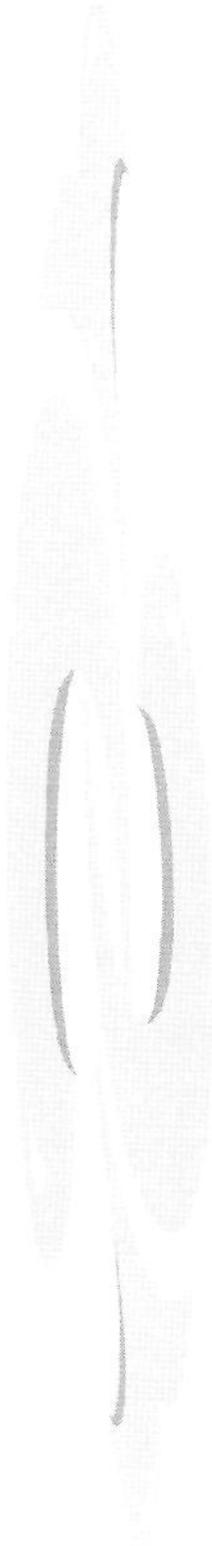
E por último, outro aspecto avaliado no estudo foi a presença de sintomas de depressão no grupo, que se mostrou bastante frequente (96,4% do grupo com depressão leve ou severa), que também são respostas de desamparo diante de uma situação (SELIGMAN, 1977).

A análise dos dados relativos aos estressores internos também seguiu uma categoria única de cefaléia, incluindo cefaléia do Tipo Tensional e Migrânea, porque as respostas de estresse não foram diferentes nestes grupos.

Por fim, conforme enfatizou Lipp (LIPP *et al.*, 2000), apenas um conglomerado de sintomas, sejam físicos ou psicológicos, pode servir como base para a caracterização dessa síndrome que é o estresse infantil. O presente estudo mostrou a presença de estressores internos e externos bastante importantes implicados no desenvolvimento de respostas de estresse, bem como de diversos sintomas – dentre os quais a cefaléia –, na população investigada.

Embora estudos envolvendo grupo controle assintomático para cefaléia (ANDRASIK *et al.*, 1982) não tenham apontado dados significativos para o mesmo, sugere-se que estudos comparativos possam reforçar os dados obtidos nesta pesquisa. Por outro lado, o acompanhamento terapêutico para controle de estresse das crianças do presente estudo, seja de modo individual ou em grupo, provavelmente poderá mostrar a eficácia destes procedimentos e reforçar o conceito de que ao ensinarmos as crianças a desenvolverem respostas mais adaptativas aos estressores, elas poderão controlar melhor os sintomas decorrentes do estresse.

A procura por atendimento médico e tratamento contra a cefaléia destas crianças estudadas certamente tem sido de grande utilidade, mas além disso, como refere Lipp (LIPP *et al.*, 2000), é importante ajudar a criança a compreender o que acontece com ela quando o sintoma cefaléia, dentre outros, se repete; além disso, ajudá-la a desenvolver estratégias mentais para lidar com sentimentos decorrentes de situações conflitantes de vida é recurso fundamental para que ela cresça como um adulto fortalecido, apto a lidar com as contingências na construção de uma sociedade mais saudável. Além disso, os achados deste trabalho nos alertam para a necessidade de que nós, pessoas envolvidas com a educação e saúde, compreendamos o fenômeno estresse e suas implicações, o que é necessário para preveni-lo e, quando excessivamente presente nas situações de vida daqueles pelos quais nos responsabilizamos, trata-lo.



6. CONCLUSÃO

Foram obtidas nestes estudo as seguintes conclusões:

1. A frequência de estresse foi alta, mas não se diferenciou nos tipos de cefaléia aqui estudadas (Migrânea e Tipo Tensional).
2. Houve predomínio de sintomas cognitivos para cefaléia do tipo Migrânea e de sintomas somáticos para cefaléia do Tipo Tensional.
3. Houve frequência elevada de crianças com ansiedade, depressão e problemas de assertividade, que atuaram como causas internas de estresse.
4. As crianças com estresse apresentaram tendência (levemente significativa) de traço de ansiedade.
5. Todas as crianças apresentaram vulnerabilidade importante para o desenvolvimento de respostas de estresse.
6. Os eventos de vida relacionados aos contextos familiar e escolar foram os mais importantes como fontes externas de estresse.

7. SUMMARY

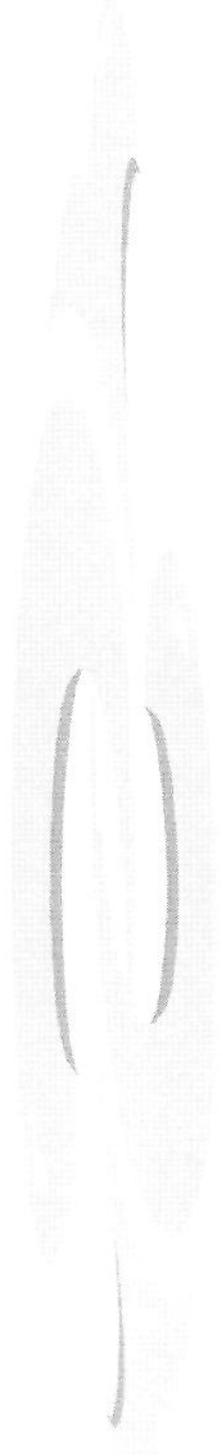
28 children were selected with the objective of evaluating stress, being 32,1% with Tension Type headache and 77,9% of them with migraines, ages between 7 and 12 years old (M= 9,74, SD= 1,57), age of beginning of complaint between 2 and 11 years old (M= 6,39, SD= 2,36) and duration time with M= 3,35 and SD=2,13, from the Neuro - headache in Infancy ambulatory, of the HC/ Unicamp.

The inclusion criteria considered were: age between 7 and 12, attending school regularly, evolution of the headache equal or above 6 months, not presenting prior neurological diseases. The exclusion criteria were: patients with acute infectious processes, recent trauma, Epilepsy, and psychiatric disorders or evident mental deficiency. Complaint of Tension Type headache or migraine, according to the criteria of the of the International Headache Society, 1988.

The utilized instruments were: Psychological Investigation for Children with Headache Protocol _ different version for parents and children, Inventory of Infant Pain Symptoms –ISS (Lipp,1987), Scale of Self-Evaluation for Children (Amaral, 1989), State Trait Anxiety Inventory, IDATE- Form –C (spielberger,1970; Biaggio,1983), Self Expression Scale (Di Nucci, 1981), Scale of Social readjustment (Elkind, 1981).

The results show a frequency of stress of 64,29%, but are not differentiated between the kinds of headache ($p=0,677$). There was a predominance of cognitive symptoms for migraine and somatic for the Tension Type. The frequency of Anxiety-Trait was 50%, and Depression (light and severe), 96,4%. The association between stress and trait of anxiety was slightly significant ($p=0,115$). There was the presence of assertiveness difficulties. All the children presented vulnerability above the average for the development of stress responses. The family and school contexts were the most important sources of stress reported by children and parents.

Psychological and psychosocial stressors were important stimulus in the development and maintenance of stress, and probably involved in the headache of the studied children.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABUH-AREF I; RUSSELL G. Prevalence of migraine in schoolchildren. **BMJ**, 309(6957):765-9,1994.
- AMARAL VLAR; BARBOSA MK. Crianças vítimas de queimaduras: um estudo sobre a depressão. **Estudos de Psicologia**, 1/Janeiro/Julho, 1990.
- ANDRASIK F; KABELA E; QUINN S; ATTANASIO V; BLANCHARD EB; ROSENBLUM EL. Psychological functioning in headache sufferers. **Pain** , 34:43-52, 1988.
- BIAGGIO AMB; SPIELBERGER CD. Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE-C): Manual Para a Forma Experimental Infantil Em Português . RJ, Centro Editor de Psicologia Aplicada, 1983.
- BILLE B. Migraine in school children. **Acta Paediatrica**, 51(suppl 136) 3-151, 1962.
- BORGE AIH; NORDHAGEN R. Development of stomach-ache and headache during middle childhood: co-occurrence and psychosocial risk factors. **Acta Paediatrica**, 84:795-802, 1995.
- BRENDEL N. Auto estima e seus 6 pilares. São Paulo-SP, Ed Saraiva, 2000.
- CANNON WB. The wisdom of the body. Nova York, Norton, 1939.
- CARLSSON J; LARSSON B; MARK A. Psychosocial functioning in schoolchildren with recurrent headaches. **Headache**, 36(2):77-82, 1996.
- DI NUCCI SHP. Análise interna de uma medida comportamental de assertividade. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica/Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 1981.
- EGERMARK-ERIKSSON I. Prevalence of headache in swedish schoolchildren. **Acta Paediatrica Scand**, 71: 135-140, 1982.
- ELKIND D.O Direito de Ser Criança. SP, Ed. Fundo Ed. Brasileiro, 1981.

- ELSER JM; WOODY RC. Migraine headache in the infant and young child. **Headache**, 30: 366-368, 1990.
- EVERLY GS. A clinical guide to the treatment of the human stress response. New York, Plenum Press, 1989.
- FERNANDEZ E; SHEFFIELD J. Relative contributions of life events versus hassles to the frequency and intensity of headaches. **Headache**, 36(10):595-602,1996.
- GAMSA A . The role of psychological factors in chronic pain. A critical appraisal. **Pain**,57:17-29, 1994.
- GUERPELLI JLD. Cefaléias na infância e adolescência. *Pediatria Moderna*, 22(3): 209-218, 1996.
- GUIDETTI V; GALLI F.Evolution of headache in childhood and adolescence: na 8-year follow-up. **Cephalalgia**, 18(7):419,1998.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. **Cephalalgia**, (Suppl. 7):S1-S96, 1988.
- HOLMES TH; RAHE RH. The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosocial Research** , 4:189-94, 1967.
- KAISER RS. Depression in adolescent headache patients (Abstract). **Headache**, 30: 305, 1992.
- KAISER RS. Depression in adolescent headache patients. **Headache**, 32: 340-344, 1992.
- KERBAUY RR. *Medicina Comportamental In Rangé b (Org.).Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*, Campinas-SP, Ed Psy, 1995,pp:209-19.
- KOWAL A; PRITCHARD D. Psychological characteristics of children who suffer from headache: a research note. **J Child Psychol Psychiatr**, 31 (4): 637-6, 1990.

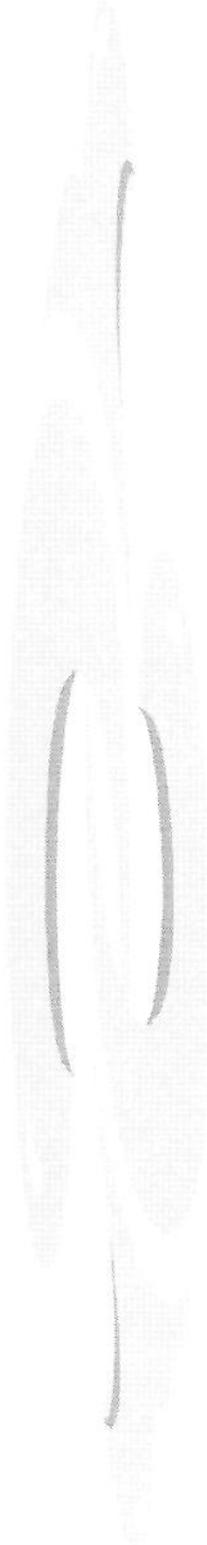
- KARWAUTZ A; WOBER-BINGOL C; WOBER C. Idiopathic headache in childhood and adolescence. *Nervenarzt*, 64(12):753-765, 1993.
- LANCE JW. The perception of headache. In Mechanism and management of headache. Lance JW ed, 5TH. Ed, Butterworth & Heinemann, Oxford, 1993.
- LEIRA R; LAINEZ JM; PASCUAL J; DIEZ-TEJEDOR E; MORALES F; TITUS F; ALBERCA R; GARCIA-DE-POLAVIEJA J. Spanish study of quality of life in migraine. *Neurologia*, 13(6):287-91
- LIPP MEN. Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1 (3-4): 5-19, 1984.
- LIPP MEN; ROMANO ASF. O Stress Infantil. *Estudos de Psicologia*, 4(2):42-54, 1987.
- LIPP MEN; SOUZA EAP; ROMANO AS; COVOLAN MA. Como enfrentar o stress infantil. SP, Ícone, 1991.
- LIPP MEN (org). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas-SP, Papirus, 1996.
- LIPP MEN (org). Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções. Campinas-SP, Papirus, 2000.
- LUBORSKY LJP; PENICK S. Onset condition for psychosomatic symptoms. *Psychosom Med*, 35:187-204, 1973.
- MELLO FILHO J. Concepção psicossomática: visão atual. RJ, Edições Tempo Brasileiro, 4^a ed, 1986.
- MERIKANGAS KR; ANGST J; ISLER H. Migraine and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 47(9):849-53, 1990.
- METSAHONKALA L; SILLANPÄÄ M; TOUMINEN J. Social environment and headache in 8 – to – 9 – year-old children: a follow-up study. *Headache*, 38(3):222-8, 1998

- NEVO Y; REIDER-GROSWASSER I; YURGENSON U; FATAL-VALESKY A; HAREL S. Computed tomography scan of the brain in pediatric neurology practice - an 8-year experience. **Isr Journ Med Science**,29 (10):628-32.
- PASSCHIER J; ORLEBEKE JF. Headache and stress in schoolchildren: na epidemiological study. **Cephalalgia**, 5:167-76,1985.
- PRESNKY AL; SOMMER D. Diagnosis and treatment of headache in children.**Neurology**, 29:506-510, 1979.
- ROTHNER AD;Diagnosis and management of headache in children and adolescents. **Neurol Cl**, 1:511-26, 1983.
- ROTHNER AD; Headache. In Pediatric Neurology. Principles and practice. Swaiman KF.Saint Louis, CV Mosby, 2^o ed,1994, p219-226.
- SCHARFF L; TURK DC;MARCUS DA. Triggers of headache episodes and coping responses of headache diagnostic groups. **Headache**, 35(7):397-403, 1995.
- SELIGMAN MEP. Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte. São Paulo-SP, Ed HUCITEC, 1977.
- SESHIA SS; WOLSTEIN JR; ADAMSC; BOOTH FA; REGGIN JD. International headache society -criteria and childhood headache. **Dev Med Child Neurol**, 36:419-428,1994.
- SILBERSTEIN SD. Twenty questions about headaches in children na adolescents. **Headache**, 30:716-24,1990.
- SILLÄNPA M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. **Headache**, 23:15-19, 1983.
- SI LLÄNPA M; ANTTILA P. Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. **Headache**, 36(8):466-70, 1996.

SPIELBERGER C. Understanding stress and anxiety. Curaçau, Multimedia Publications Inc, 1979.

SPIELBERGER CD; GORSUCH RL; LUSCHENE RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California. Consulting Psychologist Press, 1970.

WINNER P; MARTINEZ W; MATE L; BELLO L. Classification of Pediatric Migraine: proposed revisions to the IHS criteria. **Headache**, 35:407-410, 1995.



9. ANEXOS

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Informante : 1.() mãe 2.() pai
data: ___/___/___

Nome da criança:

HC:

Endereço:

Telefone para contato

DN: ___/___/___

| | | |
|--------------|-------|-----------|
| Pai | Idade | Profissão |
| Escolaridade | | |

| | | |
|--------------|-------|-----------|
| Mãe | Idade | Profissão |
| Escolaridade | | |

Religião: 1()católica 2()evangélica 3()espírita 4()outras.....

Escolaridade

Série atual:

Repetências: () nenhuma () 1 () 2 () 3 () 4

INDICATIVOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Condições de habitação: 1()casa 2()apartamento 3()barraco 4()outras habitações.....

Condição de ocupação: 1()própria 2()alugada 3()cedida 4()outras ocupações.....

Número de cômodos: ()3 ou - ()4 -5 ()6-8 ()9 ou +

Renda mensal em sua casa: 1() - de 1 salário mín (-120) 2() 1-3 salários (120-360)
 3() 3-5(360-600) 4()5-7(600-840)
 5()7-9(840-1080) 6()9ou+ (+1080)

HEREDOGRAMA



PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PSICOLÓGICA PARA PAIS DE CRIANÇAS
COM CEFALÉIA

INSTRUÇÃO : Você procurou este ambulatório porque seu filho tem dores de cabeça. Vou fazer uma série de perguntas com a finalidade de entender melhor o que está acontecendo.

I. CARACTERIZAÇÃO DA QUEIXA

1. Com que frequência as dores de cabeça ocorrem atualmente?(vezes / mês)

2. Atualmente a frequência com que as dores de cabeça aparecem:
 - a. () permanece a mesma desde o início ?
 - b. () aumentou ?
 - c. () diminuiu ?

3. Com que idade seu filho começou a queixar-se de dores de cabeça?

4. Estava acontecendo alguma coisa diferente ou especial na vida da criança na época em que ela começou a ter dores de cabeça ?
 1. () sim. Explique
 2. () não

5. Atualmente, você diria que as dores de cabeça costumam acontecer:
 - a) Em locais específicos? 1. () casa 2. () escola 3. () outros.....
 - b) Quando a criança está em atividade? 1. () sim. Qual(is)?.....
2. () não
 - d) Quando a criança está: 1. () sozinha 2. () acompanhada. Por quem?.....

6. O que geralmente costuma acontecer *antes* das dores de cabeça ?

7. O que geralmente acontece *depois* que a criança começou a ter dor de cabeça?
 - a) Reação da criança
 - b) Reação da família
 - c) Reação do professor

8. A família mudou o jeito de agir depois que iniciaram as dores de cabeça da criança?

Como?

1. () sim. Explique.....

2. () não

9. Além das dores de cabeça, a criança vem apresentando:

Outros Sintomas físicos

Sintomas psicológicos

() dor de estômago

() desânimo

() tique nervoso

() depressão

() náusea

() ansiedade (agit/irrit/agr)

() hiperatividade

() baixo interesse estudos

() gagueira (idade.....)

() comportamento de risco

() tensão muscular

() agressividade

() ranger de dentes

() impaciência

() falta de apetite

() medo excessivo.....

() mãos frias e suadas

() insegurança

() enurese.....

() hipersensibilidade

Situações em que manifestam:

Reações dos pais :atenção ao comportamento ? 1. () sim.

Como?.....

2. () não

II. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA CRIANÇA

INSTRUÇÃO : Preciso conhecer agora outros aspectos da vida de seu filho. Você poderia me dizer como ele é?

1. Quanto à vida escolar, seu filho:

Já repetiu alguma série? 1. () sim. Qual(is)?..... 2. () não

Já mudou de escola? 1. () sim, Por quê?..... 3. () não

2. O Sr. (Sra) considera que seu filho tenha:

a) dificuldades acadêmicas: 1. () sim 2. () não

b) Problemas de relacionamento com colegas? 1. () sim 2. () não

c) problemas com professores? 1. () sim 2. () não

3. Como é a rotina de estudo da criança?

a) Estuda : 1. () em casa 2. () em outro lugar?.....

b) horário?.....

c) Recebe acompanhamento? 1. () sim. De quem?..... 2. () não

d) Como acontece o acompanhamento?

Reação da criança?

4. Pais são exigentes quanto à:

a) tarefas escolares? 1. () sim 2. () não

b) outras tarefas? 1. () sim. Quais?..... 2. () não

Como é a reação da criança diante das exigências e limites impostos pelos pais?

5. Os pais costumam ser contraditórios em relação à disciplina da criança?

1. () sim 2. () não

6. Como é o relacionamento da criança com:

a) Pai

b) Mãe

c) Irmãos

d) Agregados

7. A criança faz amigos facilmente? () sim () não

Mantém as amizades? () sim () não

Que atividades de lazer costuma realizar?

8. A criança faz comentários sobre sexualidade?

1. () sim 2. () não

Reação dos pais?.....

9. Como é o sono da criança?

Dorme bem? 1. () sim 2. () não. Por quê?.....

Range dentes? 1. () sim 2. () não

Fala dormindo? 1. () sim 2. () não

Sonâmbula? 1. () sim 2. () não

Terror noturno? 1. () sim 2. () não

Mexe-se muito? 1. () sim 2. () não

Acorda muito? 1. () sim 2. () não

Enurese? 1. () sim 2. () não

Dorme onde?

Com quem?

Desde quando?

10. Alimenta-se bem? 1. () sim 2. () não

Respeita horários das refeições? 1. () sim 2. () não

Faz todas refeições? 1. () sim 2. () não

11. A sra. costuma ter oportunidade de conversar com alguém sobre problemas com filhos?

1. () sim. Com quem?..... 2. () não

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO PSICOLÓGICA PARA CRIANÇAS COM
CEFALÉIA

INSTRUÇÃO : Você procurou este ambulatório porque tem dores de cabeça. Vou fazer uma série de perguntas para tentarmos entender melhor o que está acontecendo.

1. Você tem sempre dor de cabeça?

1. () sim 2. () não

Frequência (vezes / mês)?.....

2. Desde quando (idade) você tem dor de cabeça?

3. Você se lembra de alguma coisa diferente que aconteceu ou estava acontecendo quando você começou a

ter dores de cabeça?

1. () sim. O quê?.....

2. () não

4. O que você geralmente está fazendo *antes* das dores de cabeça?

5. O que você geralmente faz *depois* que a dor de cabeça começa?

6. O que geralmente seus pais / professores fazem quando você tem dores de cabeça?

Pais:

Professores:

7. Quando você tem dor de cabeça você costuma:

a) interromper atividades? 1. () sim. Qual(is)?..... 2. () não

b) faltar da escola? 1. () sim 2. () não

c) sair da escola mais cedo? 1. () sim 2. () não

d) outros.....

8. Você acha que seus pais mudaram depois que você passou a ter dores de cabeça?

1. () sim. Explique.....

2. () não

9. Como é lá em casa, você gosta de ficar lá? 1. () sim 2. () não . Por que?....
Recebe amigos? 1. () sim 2. () não . Por que?.....
Prefere ficar só () Prefere ficar acompanhado () Por quem?.....
Como passa o tempo?

10. E na escola, como é lá?
Gosta de ir á escola? 1. () sim 2. () não . Por que?.....
O que geralmente faz no recreio?

11. Quando você está preocupado com alguma coisa ou com problemas, o que você costuma fazer?

12. Você sente outra dores, além das dores de cabeça? Tem outras queixas?

INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS INFANTIL(LIPP, 1987)

Instruções : A seguir se encontra uma lista de sintomas que as crianças às vezes experimentam quando têm estresse. Preencha os desenhos abaixo indicando a frequência com a qual você sente o que é descrito. Se nunca sente, deixe em branco. Se sente raramente, preencha só um círculo. Se sente às vezes, preencha 2 círculos. Se sente quase sempre, preencha 3 círculos; e se sente isto sempre, preencha os 4 círculos.

1. Meu coração bate depressa o o o o
2. Tenho dor de barriga o o o o
3. Não consigo ficar parado e quieto num mesmo lugar por muito tempo o o o o
4. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite o o o o
5. Minhas mãos ficam suadas o o o o
6. Quando fico nervoso , gaguejo o o o o
7. Tenho tique nervoso o o o o
8. Tenho medo o o o o
9. Tenho vontade de chorar o o o o
10. Fico preocupado com coisas ruins que podem acontecer o o o o
11. Tenho dificuldade de prestar atenção o o o o
12. Eu me sinto triste o o o o
13. Sou tímido o o o o
14. Eu me sinto assustado na hora de dormir o o o o

**INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO
IDATE-FORMA C (BIAGGIO, 1983)**

FORMA C-1 : Questionário "Como estou me sentindo"

Instruções : Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para indicar como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e decida como você se sente **agora, neste momento**. Ponha um X em frente à palavra ou frase que melhor descreve como você se sente. Não há resposta certa ou errada. Não gaste tempo demais numa frase. Lembre-se, marque a frase que melhor descrever como você se sente **agora, neste momento**.

- 1 - Eu me sinto **muito calmo**
 Eu me sinto **calmo**.....
 Eu **não** me sinto calmo.....
- 2 - Eu me sinto **muito aborrecido**
 Eu me sinto **aborrecido**.....
 Eu **não** me sinto aborrecido.....
- 3 - Eu me sinto **muito contente**
 Eu me sinto **contente**.....
 Eu **não** me sinto contente.....
- 4 - Eu me sinto **muito nervoso**
 Eu me sinto **nervoso**.....
 Eu **não** me sinto nervoso.....
- 5 - Eu me sinto **muito agitado**
 Eu me sinto **agitado**.....
 Eu **não** me sinto agitado.....
- 6 - Eu me sinto **muito assustado**
 Eu me sinto **assustado**.....
 Eu **não** me sinto assustado.....
- 7 - Eu me sinto **muito descansado**
 Eu me sinto **descansado**.....
 Eu **não** me sinto descansado.....
- 8 - Eu me sinto **muito à vontade**
 Eu me sinto **à vontade**.....
 Eu **não** me sinto à vontade.....

- 9 - Eu me sinto **muito preocupado**
 Eu me sinto **preocupado**
 Eu **não** me sinto preocupado
- 10-Eu me sinto **muito satisfeito**
 Eu me sinto **satisfeito**
 Eu **não** me sinto satisfeito
- 11-Eu me sinto **muito apavorado**
 Eu me sinto **apavorado**
 Eu **não** me sinto apavorado
- 12-Eu me sinto **muito feliz**
 Eu me sinto **feliz**
 Eu **não** me sinto feliz
- 13-Eu me sinto **muito seguro**
 Eu me sinto **seguro**
 Eu **não** me sinto seguro
- 14-Eu me sinto **muito bem-humorado**
 Eu me sinto **bem-humorado**
 Eu **não** me sinto bem-humorado
- 15-Eu me sinto **muito perturbado**
 Eu me sinto **perturbado**
 Eu **não** me sinto perturbado
- 16-Eu me sinto **muito chateado**
 Eu me sinto **chateado**
 Eu **não** me sinto chateado
- 17-Eu me sinto **muito bem**
 Eu me sinto **bem**
 Eu **não** me sinto bem
- 18-Eu me sinto com **muito medo**
 Eu me sinto com **medo**
 Eu **não** me sinto com medo
- 19-Eu me sinto **muito confuso**
 Eu me sinto **confuso**
 Eu **não** me sinto confuso
- 20-Eu me sinto **muito alegre**
 Eu me sinto **alegre**
 Eu **não** me sinto alegre

FORMA C-2 : Questionário "Como eu geralmente me sinto"

Instruções : Abaixo aparecem várias frases que meninos e meninas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase e decida se é verdadeira a respeito de você quase nunca, às vezes ou mais vezes. Ponha um X no quadrinho em frente da palavra que parece descrever você melhor. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste tempo demais em uma frase. Lembre-se, escolha a palavra que parece descrever melhor **como você geralmente se sente**.

- 1 - Eu fico preocupado de não fazer erros
quase nunca às vezes muitas vezes
- 2 -Tenho vontade de chorar
quase nunca às vezes muitas vezes
- 3 - Eu me sinto infeliz
quase nunca às vezes muitas vezes
- 4 -Tenho dificuldade de olhar meus problemas
quase nunca às vezes muitas vezes
- 5 -Tenho dificuldade de resolver o que é que eu quero
quase nunca às vezes muitas vezes
- 6 - Eu me preocupo demais
quase nunca às vezes muitas vezes
- 7 - Eu me aborreço em casa
quase nunca às vezes muitas vezes
- 8 - Sou tímido
quase nunca às vezes muitas vezes
- 9 - Eu me sinto perturbado
quase nunca às vezes muitas vezes
- 10-Fico pensando em coisas sem importância
quase nunca às vezes muitas vezes
- 11-Eu me preocupo com coisas da escola
quase nunca às vezes muitas vezes
- 12-Tenho dificuldade para resolver o que vou fazer
quase nunca às vezes muitas vezes
- 13-Eu noto que meu coração bate depressa
quase nunca às vezes muitas vezes

- 14-Fico com medo mas não digo a ninguém
quase nunca às vezes muitas vezes
- 15-Eu me preocupo com meus pais
quase nunca às vezes muitas vezes
- 16-Minhas mãos ficam suadas
quase nunca às vezes muitas vezes
- 17-Eu fico preocupado com coisas que podem acontecer
quase nunca às vezes muitas vezes
- 18-É difícil para mim pegar no sono de noite quando vou para cama
quase nunca às vezes muitas vezes
- 19-Fico com dor de barriga quando estou nervoso
quase nunca às vezes muitas vezes
- 20-Eu me preocupo com o que os outros acham de mim
quase nunca às vezes muitas vezes

**ESCALA DE AUTO-AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PARA
CRIANÇAS (AMARAL, 1990)**

1. Eu me sinto sempre irritado

Sim () Às vezes () Não ()

2. Eu me sinto cansado para fazer qualquer coisa

Sim () Às vezes () Não ()

3. Eu tenho vontade de ficar sempre deitado

Sim () Às vezes () Não ()

4. Eu me sinto triste

Sim () Às vezes () Não ()

5. Eu tenho sentido dor de cabeça

Sim () Às vezes () Não ()

6. Eu estou preocupado com minha saúde

Sim () Às vezes () Não ()

7. Eu sinto fraqueza no meu corpo

Sim () Às vezes () Não ()

8. Eu tenho desmaiado ultimamente

Sim () Às vezes () Não ()

9. Eu sempre tenho medo de alguma coisa

Sim () Às vezes () Não ()

10. Eu sempre sinto que vou ser castigado

Sim () Às vezes () Não ()

11. Eu tenho vontade de morrer

Sim () Às vezes () Não ()

12. Eu tenho chorado ou tenho tido sempre vontade de chorar

Sim () Às vezes () Não ()

13. Eu prefiro brincar sempre sozinho

Sim () Às vezes () Não ()

14. eu me acho um(a) menino(a) mau

Sim () Às vezes () Não ()

15. Eu não tento novamente quando eu perco

Sim () Às vezes () Não ()

16. Eu durmo sempre em sala de aula

Sim () Às vezes () Não ()

17. Eu sempre acho que não sei fazer as coisas

Sim () Às vezes () Não ()

18. Eu me preocupo muito com as coisas

Sim () Às vezes () Não ()

19. Eu acho que os outros não gostam de mim

Sim () Às vezes () Não ()

20. Eu me sinto sempre aborrecido

Sim () Às vezes () Não ()

21. Eu sempre sinto que estou fazendo alguma coisa errada

Sim () Às vezes () Não ()

22. Eu não gosto de mim

Sim () Às vezes () Não ()

23. Eu acho que sou culpado(a) quando qualquer coisa acontece de errado na minha casa

Sim () Às vezes () Não ()

24. Eu perdi meu interesse pelas pessoas e não ligo para ninguém

Sim () Às vezes () Não ()

25. Eu me acho feio(a)

Sim () Às vezes () Não ()

26. Eu tenho dificuldade para dormir

Sim () Às vezes () Não ()

27. Eu não sinto vontade de comer

Sim () Às vezes () Não ()

ESCALA DE AUTO-EXPRESSÃO (Di Nucci, 1981)

1. O que você faz quando está numa fila e alguém passa na sua frente ?
2. O que você faz quando compra um brinquedo e descobre que está quebrado?
3. O que você faz quando está estudando em seu quarto e seu irmão está fazendo muito barulho?
4. Você costuma cumprimentar e elogiar os outros ?
5. O que você faz quando fica com raiva de seus pais?
6. O que você faz quando seu irmão tira seus brinquedos do lugar e não guarda?
7. O que você faz quando empresta R\$ 20,00 a um amigo e ele não devolve?
8. O que você faz quando tem um amigo que seus pais não gostam e que estão sempre criticando ?
9. Como você faz para pedir um favor a um amigo? Acha difícil, sente-se envergonhado e sem jeito?
10. O que você faz se o seu irmão come, sem pedir, um chocolate que você havia guardado para comer depois?
11. O que você faz se está estudando para uma prova e um amigo vem lhe chamar para ir brincar com ele?
12. O que você faz quando vai a uma loja e o vendedor mostra muitas mercadorias (por exemplo, sapatos) e você não gosta de nenhuma?
13. Você, em geral, guarda suas opiniões para si mesmo ou costuma dizer o que pensa?
14. Como você mostra que gosta das pessoas? Acha difícil?
15. O que você faz quando, durante a aula, o professor diz alguma coisa que você acha que está errado?
16. O que você faz se alguém que você respeita (por exemplo, seu avô) diz alguma coisa que você não gosta?
17. O que você faz quando está andando numa rua estreita , onde só dá para passar uma pessoa, e em sua direção vem vindo outra pessoa?

18. O que você faz quando um amigo está usando uma roupa que você acha bonita?
19. O que você faz quando um amigo lhe faz um pedido que você acha muito difícil de atender?
20. O que você faz quando se, ao sair da padaria, descobre que a moça do caixa deu troco errado ou a menos?
21. O que você faz quando um parente (tio, avô) está muito chato ?
22. O que você faz quando um amigo lhe traz um recado?
23. O que você faz quando alguém o trata de modo injusto, isto é, acusa-o de algo que você não fez ?
24. Você gosta de estar com outras pessoas ou prefere ficar sozinho pois tem medo de fazer ou dizer algo errado ?
25. O que você faz quando um amigo trai um segredo que você lhe contou ?
26. O que você faz se a vendedora atende primeiro alguém que chegou depois ?
27. O que você faz quando está muito feliz porque lhe aconteceu algo de bom ?
28. Você acha difícil ou tem vergonha de pedir dinheiro emprestado a um amigo ?
29. O que você faz se alguém fica amolando-o com brincadeiras chatas ?
30. O que você faz se chega atrasado a uma reunião e só tem cadeira vazia lá na frente da sala?
31. O que você faz se alguém fica chutando sua cadeira no cinema ?
32. O que você faz quando está contando alguma coisa para um amigo e o outro interrompe?
33. O que você acha quando um amigo diz alguma coisa injusta a seu respeito ?
34. O que você faz se tem que responder perguntas em voz alta diante de muitas pessoas ? (por exemplo, na classe). Sente-se envergonhado ?

CORREÇÃO

1. Grau de dificuldade no relacionamento com outra crianças

3 - 6 - 7 - 9 - 10 - 11 - 18 - 19 - 24 - 25 - 28 - 30 - 32
Total:.....

2. Grau de dificuldade no relacionamento com adultos

Conhecidos : 5 - 8 - 15 - 16 - 21 - 34
Total:.....

Desconhecidos : 1 - 2 - 12 - 17 - 20 - 26 - 30 - 31
Total:.....

3. Expressão de sentimentos

Positivos : 4 - 9 - 13 - 14 - 18 - 22 - 27
Total:.....

Negativos : 1 - 2 - 3 - 5 - 8 - 10 - 12 - 13 - 16 - 20 - 23 - 29 - 33
Total:.....

CONCLUSÕES

ESCALA DE REAJUSTAMENTO SOCIAL (ELKIND, 1981)

Instruções : Assinale os eventos que aconteceram em sua vida no período de um ano

| | |
|---|-----|
| 1. Morte de um dos pais..... | 100 |
| 2. Divórcio dos pais..... | 73 |
| 3. Separação dos pais..... | 65 |
| 4. Um dos pais viaja por razões de emprego..... | 63 |
| 5. Morte de um parente próximo..... | 63 |
| 6. Doença ou ferimento pessoal..... | 53 |
| 7. Um dos pais volta a casar-se..... | 50 |
| 8. Um dos pais é dispensado do emprego..... | 47 |
| 9. Os pais se reconciliam..... | 45 |
| 10. A mãe vai trabalhar fora..... | 45 |
| 11. Doença de um membro da família..... | 44 |
| 12. A mãe fica grávida..... | 40 |
| 13. Dificuldades na escola..... | 39 |
| 14. Nascimento do irmão..... | 39 |
| 15. Reajustamento escolar (novo mestre ou classe)..... | 38 |
| 16. Mudança nas condições financeiras da família..... | 38 |
| 17. Ferimento ou doença de um amigo íntimo..... | 37 |
| 18. Começa (ou muda) uma nova atividade extracurricular (lições de música, escotismo, etc)..... | 35 |
| 19. Alternância de brigas com os irmãos..... | 33 |
| 20. Ameaça ou violência na escola..... | 31 |
| 21. Furto de coisas pessoais..... | 30 |
| 22. Mudança de responsabilidade em casa..... | 29 |
| 23. Irmão ou irmã mais velha deixa o lar..... | 29 |
| 24. Aborrecimento com os avós..... | 29 |
| 25. Realização pessoal extraordinária..... | 28 |
| 26. Mudança para outra cidade..... | 26 |
| 27. Ganha ou perde um bichinho doméstico..... | 25 |
| 28. Mudança no hábitos pessoais..... | 24 |
| 29. Problema com o mestre..... | 24 |
| 30. Mudança no horário da babá ou da creche..... | 20 |
| 31. Mudança para uma nova casa..... | 20 |
| 32. Mudança para uma nova escola..... | 20 |
| 33. Mudança nos hábitos de brincar..... | 19 |
| 34. Férias com a família..... | 19 |
| 35. Mudança de amigos..... | 18 |
| 36. Frequenta colônia de férias..... | 17 |
| 37. Mudança nos hábitos de dormir..... | 16 |
| 38. Mudança no número de reuniões em família..... | 15 |
| 39. Mudança nos hábitos de comer..... | 15 |
| 40. Mudança no tempo de assistir TV..... | 13 |
| 41. Festa de aniversário..... | 12 |
| 42. Punição por não "dizer a verdade"..... | 11 |

**Disciplina de Neurologia Infantil - FCM/UNICAMP
Protocolo Para Investigação de Cefaléia Infantil**

Termo de Consentimento Pós-Informação

Este protocolo tem por objetivo orientar a realização de uma avaliação psicológica mais detalhada que possa favorecer a compreensão dos possíveis fatores que controlam a cefaléia na criança.

Ciente disso, concordo com a participação de meu filho neste processo de avaliação e autorizo uma possível divulgação dos dados obtidos, à exceção de sua identificação e de seus familiares, cujo sigilo será mantido.

Nome da criança:.....

Número de matrícula - HC/UNICAMP :.....

Campinas,..... de de 199...

.....
assinatura do pai ou mãe da criança

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE