



Instituto Universitário de Ciências da Saúde
Mestrado em Psicologia Clínica e Neuropsicologia

**Avaliação dos sintomas de somatização, dissociativos ou
conversivos, após acontecimentos traumáticos em adolescentes
Angolanos**

Maria Chacupanga

Gandra, 2018



Instituto Universitário de Ciências da Saúde

Mestrado em Psicologia Clínica e Neuropsicologia

**Avaliação dos sintomas de somatização, dissociativos ou
conversivos, após acontecimentos traumáticos em adolescentes**

Angolanos

Dissertação apresentada no Instituto Universitário de Ciências da Saúde para obtenção do grau de Mestre Psicologia da Saúde e Neuropsicologia. Trabalho realizado sob orientação do Prof. Doutor José Carlos Rocha

Gandra, 2018

Declaração de Integridade

Maria Chacupanga, estudante do Mestrado em Psicologia da Saúde e Neuropsicologia, do Instituto Universitário de Ciências da Saude, declaro ter absoluta integridade na elaboração desta Dissertação\Tese.

Confirmo que todo o trabalho conducente a sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou a prática de plágio) ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertencente a outrem, na sua totalidade ou em partes dele.)

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

PENSAMENTO

O que é a Pessoa? Pessoa é isto que me distingue de todos os outros. Que coisa distingue o Pai – o Filho – e Espírito Santo?

É exactamente a sua relação!

Portanto, Deus diz respeito à pessoa e à relação. Eu sou realmente enquanto relação com os outros.

Borges et al. (2004).

DEDICATÓRIA

A minha família e comunidade das Irmãs Beneditinas da Rainha dos Apóstolos.

AGRADECIMENTOS

Ao terminar mais uma etapa de formação, quero agradecer a Deus Pai Todo Poderoso e seu Filho Jesus e a Virgem Mãe e por aqueles que de forma directa ou indirecta contribuíram para que este trabalho chegara ao fim.

- A minha família e comunidade Beneditina da Rainha do Apóstolos que com muito amor e paciência me ajudaram a ir até o fim, apesar de inúmeras dificuldades, o meu muito obrigado.
- A Direcção da CESPUPortugal, que com carinho e amor acolheu-me para que este trabalho fosse possível, a minha gratidão.
- Aos doutores Francisco, Jesus Flores e Boaventura Moço pela ajuda prestada, o meu agradecimento.
- Aos anónimos que de uma forma ou de outra possibilitaram a realização desta obra, a minha profunda gratidão.

Ao meu orientador Professor Doutor José Carlos Rochas, que assumiu a responsabilidade deste trabalho, apesar da distância sempre mostrou-se disponível, paciente, o meu muito obrigado.

RESUMO

Os transtornos de sintomas somáticos dissociativos ou conversivos são muito prevalentes na adolescência fruto das profundas transformações bio-psico-sociais associadas a este período. Os sintomas são habitualmente desproporcionalmente exacerbados em relação aos achados do exame objectivo e após uma avaliação cuidada não é necessária, na maioria dos casos, a realização de exames complementares diagnósticos. Os factores predisponentes nem sempre são evidentes, devendo ser cuidadosamente avaliados os aspectos relacionados com a família e a escola, pela sua frequência.

Neste estudo aborda-se o relacionado com avaliação transtornos de sintomas somáticos conversivos ou dissociativos após acontecimentos traumáticos em alunos da 9ª e 10ª Classe do Huambo-Angola, com o objectivo de avaliar a prevalência destes sintomas na população estudada, além da determinação dos índices de transtornos de conduta, a identificação de acontecimentos traumáticos e os índices de TSPT; objectivos que foram atingidos satisfatoriamente. Os resultados mostraram que numa amostra de 244 alunos com idades compreendidas entre os 13 e 19 anos, maioritariamente do sexo feminino, apresentaram TSS, 47.7% dos alunos foram categorizados “Sem TSS”; 34.5% “Com TSS não significativo” e 17.8% “Com TSS significativos”. Dos 31 alunos que apresentaram TSS significativos, 67.7% não tinham causa comprovada. Os alunos foram expostos a variados acontecimentos traumático, sendo o acontecimento mais referido, “*Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?*” (F = 122; 70.1% da amostra). O estudo realizado também permitiu concluir que 20.2% dos alunos apresentam “TSPT Grave”. A análise comparativa referente às médias de cada dimensão mostrou que a dimensão de maior média refere-se ao “evitamento” (M = 1.61; Itens 2, 6, 7 e 10). Também se verifica correlação positiva e significativa entre os sintomas somáticos e os sintomas de stress pós-traumático em crianças.

Palavras-chave: Transtornos de sintomas somáticos. Acontecimento traumáticos. Transtorno de stress pós-traumático.

ABSTRACT

The upset of symptoms somatic dissociative or conversive are very prevalent in the adolescence fruit of the deep bio-psycho-social transformations associated with this period. The symptoms are habitually disproportional exacerbated in relation to the discoveries of the exam objective and after care evaluation it is not necessary, in most of the cases, the accomplishment of exams complementary diagnoses. The factors not always are evident, should be evaluated the aspects related with the family and the school carefully for its frequency. In this study it is approached the related with evaluation upset of symptoms somatic, conversive or dissociative, after traumatic events in students of the 9th and 10 Class of Huambo-Angola, with the objective of evaluating the prevalence of these symptoms in the studied population, besides the determination of the indexes of upset of conduct, the identification of traumatic events and the indexes of upset of somatic symptoms; the objectives were reached satisfactorily. The results showed that in a sample of 244 students with ages between the 13 and 19 years, majority of the feminine gender; With relationship to upset of somatic symptoms, 47.7% of the students were classified as “Without upset of somatic symptoms”; 34.5% “With non significant upset of somatic symptoms” and 17.8% “With significant upset of somatic symptoms”. Of the 31 students that presented significant upset of somatic symptoms, 67.7% didn't have proven cause. The students were exposed to varied traumatic events, being the event more referred “did you already feel that are been in way different from the otherones?” (F = 122; 70.1% of the sample). The study accomplished also allowed to conclude that 20.2% of the students present “Serious Post-traumatic stress disorder”. Also, the somatic complaints are positively correlated with posttraumatic stress disorder symptoms.

Word-key:Upset of somatic symptoms. Traumatic event. Upsetof conduct. Post-traumatic stress disorder.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	AmericanPsychiatricAssociation
APA	AmericanPsychological Association
Amg.	Amigo
AT	Acontecimentos Traumáticos
CRA-6	Questionário de transtornos de conduta
CRIES-13	Escala de Impacto de Eventos para Crianças
DP	Desvio Padrão
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTD	Developmental Trauma Disorder
Esc.	Escola
N	Frequência absoluta
LAGS-CJ	Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para Crianças e Jovens
M	Média
Out.	Outros
Prf.	Professores
SDQ-5	Somatoform DissociationQuestionnaire
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TSPT	Transtornos de Stress Pós-Traumático
TSS	Transtorno de Sintomas Somáticos
%	Frequência relativa

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	v
ÍNDICE	vi
I INTRODUÇÃO	1
II ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Transtornos de sintomas somáticos	3
2.2. Transtornos conversivos e dissociativos	10
2.3. Acontecimentos traumáticos.....	14
2.4. Transtornos relacionados a <i>stress</i> pós-traumático	18
2.4.1. Sintomas do TSPT	19
III ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	22
3.1. Objectivos do estudo.....	22
3.2. Tipo de estudo.....	23
3.3. Descrição do local de estudo.....	24
3.4. População e amostra	24
3.5. Instrumentos de recolha de dados	25
3.6. Considerações éticas	27
IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	28
4.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas	28
4.3. Avaliação dos TSS dissociativo ou conversivo	29
4.4. Identificação dos acontecimentos traumáticos.....	32
4.5. Avaliação do TSPT da amostra.....	32
V DISCUSSÃO DE RESULTADOS	41
VI CONCLUSÕES	45
VII BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS.....	

I INTRODUÇÃO

A presente dissertação é sobre avaliação de Transtorno de Sintomas Somáticos (TSS) dissociativos ou conversivos após Acontecimentos Traumáticos (AT). Existem evidências de que as adversidades e contrariedades na vida das pessoas, crianças e adolescentes, dentro e fora de casa, têm elevado potencial de comprometimento da saúde e da qualidade de vida. Destes acontecimentos, não escapa a população Angolana que foi submetida por muitos anos a circunstâncias de vida adversas para o desenvolvimento de crianças e jovens, tais como a vitimização provocada por guerras e outros desastres objectivos e subjectivos. Apesar de não haver hoje um conflito armado, nos últimos anos apareceram outros tipos de AT que tem marcado a milhares de crianças e adolescentes.

Como referem Trombeta e Guzzo (2002), os abusos físicos, psicológicos e sexuais; negligência; doenças e mortes na família; conflitos entre pais e a sua separação; perda dos cuidadores ou pessoas significativas; separações prolongadas dos pais ou encarregado da educação; hospitalização da criança ou adolescente; e pobreza são AT's que afectam particularmente as crianças. Acontecimentos como estes, ainda prevalecem em muitos contextos no quotidiano de criança e jovens Angolanos.

Além das situações de violência interpessoal, com variadas manifestações, casos de abusos, assaltos, roubos, estupro e acidentes automobilísticos, acompanham dia-a-dia a realidade desta sociedade; situação esta que ocasiona prejuízos na área da saúde, assim como gera altos custos sociais.

Acontecimentos como os supracitados, aumentam os factores de risco de desenvolvimento de transtornos do foro psíquico, tudo isto pelo facto de que na realidade escolar angolana se revela um crescente número de crianças e adolescentes com dificuldades de desenvolvimento, o que pode estar longe de ser um fenómeno isolado, por isso, considera-se que ao nível local devem-se realizar pesquisas direccionadas na tentativa de compreender este problema. Nesse sentido, o conceito de trauma deve ser entendido como refere Sandler (2008), na sua generalidade, como decorrente de um acontecimento que abalou de tal forma o indivíduo e que provocou modificações consideráveis no seu modo de funcionamento psíquico.

Quartilho (2016) refere que existem muitas reacções emocionais ou doenças que resultam de turbulências do mundo dos afectos, pelo que é simples dizer que constelações de factores psicológicos ou sociais, por vezes espúrios, poderão fazer irromper a exuberância dos sinais do corpo. Nesse contexto, Giannopoulou et al. (2006) referem que é cada vez mais reconhecido que as crianças e adolescentes podem apresentar sintomas somáticos dissociativos ou conversivos após AT, o que pode-se converter num factor de risco para suas vidas; de modo que isto requer uma avaliação séria tanto do impacto que os acontecimentos produzem na vida dos indivíduos, como no impacto subjectivo que produzem.

Nesse sentido, é importante analisar a experiência que o AT leva para o indivíduo, sendo importante perceber o funcionamento psíquico do mesmo e as modificações que advêm do AT, sendo estas modificações no funcionamento psíquico do indivíduo que provêm da sua experiência, que importa compreender para perceber o trauma e as suas consequências, nomeadamente a nível patológico.

Esta investigação encontra-se organizada em quatro partes distintas. A introdução; a segunda parte refere-se ao Enquadramento Teórico, em que são abordados os conceitos extraídos da bibliografia e os estudos já realizados por outros autores sobre o tema ou especificamente sobre o problema, direccionado fundamentalmente à revisão da literatura disponível sobre a questão dos TSS. Na terceira parte, Enquadramento Metodológico, são apresentados os objectivos do estudo, os aspectos metodológicos e éticos, descrevendo tanto a caracterização do local de estudo e dos participantes, assim como os critérios de selecção da amostra, os instrumentos e os procedimentos para a recolha dos dados. Na quarta parte, Apresentação dos Resultados, descrevem-se detalhadamente os dados recolhidos e se analisam as respostas obtidas, quantificando informações de forma precisa e segura. Na quinta parte, Discussão de Resultados, apresenta-se a discussão dos resultados encontrados e uma reflexão sobre estes e os estudos anteriores incluindo reflexões explicativas relacionadas com as particularidades do estudo. Também se apresentam as conclusões, bibliografia e anexos.

II ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo são abordados os conceitos extraídos da bibliografia e os estudos já realizados por outros autores sobre o tema ou especificamente sobre o problema, e que foram utilizados na dissertação. Direccionado fundamentalmente à revisão da literatura disponível sobre a questão dos transtornos de sintomas somáticos; resgatando alguns conceitos e aspectos básicos dos transtornos conversivos e dissociativos e sobre os traumas originados por acontecimentos traumáticos.

2.1. Transtornos de sintomas somáticos

Os TSS são muito prevalentes na adolescência fruto das profundas transformações bio-psico-sociais associadas a este período. O diagnóstico destes transtornos constitui um desafio para o pediatra pela dificuldade em valorizar e enquadrar uma sintomatologia muitas vezes florida, persistente e sem aparente correlação fisiopatológica, e o receio de poder deixar escapar alguma entidade orgânica responsável pelas queixas do adolescente.

Segundo Lipowski (2006, p. 18), o termo somatização foi criado em 1943 por Stekel para definir um “distúrbio corporal que surge como expressão de uma neurose profundamente assentada, uma doença do inconsciente”. Na literatura médica, diversos autores usam o termo “somatização” com significados variados, muitos chegando a usá-lo como sinónimo de histeria e de conversão. O autor acrescenta que, o termo deriva da conceituação original da conversão, feita por Freud, e dos estudos sobre a histeria feitos inicialmente pelo médico francês Pierre Briquet, em 1859. De forma didáctica, pode-se operacionalizar e entender o termo somatização de quatro formas:

- 1º Como sintomas somáticos ou queixas físicas inexplicáveis;
- 2º Como preocupação somática excessiva ou hipocondríaca;
- 3º Como apresentação somática clínica de um transtorno de humor, de ansiedade ou outro transtorno mental;
- 4º Como sintomas somáticos no contexto de uma síndrome clínica funcional (fibromialgia, cólon irritável, fadiga crónica) (Idem, p. 20).

Diversas doenças clínicas, muitas vezes com etiologia clara ou conhecida apenas em parte, têm sido estudadas no que concerne à influência de factores psicológicos como *stress*, ansiedade, estado de humor, traços de personalidade e de comportamento na génese ou

exacerbação dos seus sintomas. Tais afecções têm sido historicamente denominadas doenças psicossomáticas, por uma clara associação de vulnerabilidade para o aparecimento ou no agravamento da doença na concomitância de stressores psicológicos ou psicossociais (Lipowski, 2006).

Dos aspectos apresentados acima, pode-se inferir que a somatização se apresenta como a ocorrência de múltiplos sintomas físicos significativos que se originam de diferentes órgãos ou sistemas, os quais não podem ser objectivamente validados nem completamente explicados por uma condição médica conhecida, efeito directo de uma substância ou produção voluntária pelo indivíduo.

Nesse contexto, os desafios apontados na avaliação diagnóstica do TSS são dois:

1. A diferenciação com doenças clinicamente relevantes que cursam com sintomas flutuantes provenientes de diferentes sistemas (por exemplo, malária, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistémico e porfíria aguda intermitente); e
2. A prevenção de procedimentos diagnósticos invasivos (Kellner, 2007).

Outro desafio não menos importante é a comunicação diagnóstica adequada, evitando reacções psicológicas disfuncionais, como vergonha, culpa, negação ou ambivalência, que acabam por afastar o paciente do médico, fazendo invariavelmente com que ele procure outro serviço de saúde (Idem).

Silber e Pao (2003, p. 34) definem a somatização como “a ocorrência de um ou mais sintomas físicos para os quais um estudo apropriado não permite encontrar mecanismo fisiopatológico subjacente”. Este quadro pode coexistir com uma patologia orgânica, devendo ser suspeitado se a intensidade dos sintomas é excessiva em relação ao esperado para essa condição física. Neste contexto, Lipowski (2006, p. 70) considera que “somatização é uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados por causas patológicas nem atribuídos a doenças físicas”.

Campo (2012) encontrou em 2002 uma relação elevada entre as queixas somáticas e a procura dos serviços de cuidados médicos primários. Segundo o autor, as queixas mais comuns eram a dor de barriga, dor de cabeça, fadiga, dores musculares, desconforto abdominal e dores de costas. Outros sintomas referidos pelo autor foram as vertigens e tonturas e a cegueira temporária. Nesse sentido, as manifestações de TSS parecem relacionar-se com a fase do desenvolvimento da criança ou adolescente; já que estes possuem um

pensamento concreto que lhe permite sentir e interpretar o sintoma como tal mas não associá-lo a alguma perturbação ou disfunção dos seus contextos relacionais.

Pode-se afirmar que os adolescentes ao adquirirem o pensamento formal são mais introspectivos, focalizando a atenção no seu corpo e nos sintomas que este expressa. Segundo Fonseca (2005), as transformações constantes de que o seu corpo é alvo, promovem um comportamento atento que se intensifica tanto mais quanto não se identifiquem com o novo corpo. Acresce que a adolescência se acompanha de uma expansão dos cenários relacionais do adolescente, da família à escola, passando pelo grupo de pares e a sociedade em geral, aumentando de forma exponencial os possíveis estímulos desencadeantes ou perpetuadores de *stress*.

Por outro lado, o TSS segundo Campo (2012) pode resultar da perpetuação de determinados estímulos causadores de *stress*, designados de predisponentes, que promovem uma progressiva disfunção ou desadequação da interacção do adolescente com o ambiente envolvente; o que pode traduzir-se em sintomas que se vão instalando de uma forma gradual e intermitente, com progressiva interferência funcional. O autor acrescenta que muitas vezes consegue ser identificado um determinado evento responsável pelo despertar ou acentuar da sintomatologia. Outras vezes acresce a este processo de progressiva sensibilização uma agudização súbita dos factores de *stress* ou de esgotamento dos mecanismos de defesa do indivíduo, que culmina no aparecimento de sintomas agudos.

A expressão clínica varia e inclui sintomas gastrointestinais, músculo-esqueléticos, respiratórios, cardíacos, neurológicos ou apenas sintomas inespecíficos como astenia e mal-estar generalizados. Habitualmente os sintomas abrangem diferentes sistemas, sendo o grau de interferência no funcionamento diário também variável. Numa situação de instalação progressiva dos sintomas pode ser já patente alguma repercussão, mas é nas situações de agudização que esta se torna mais evidente, muitas vezes com a expressão de sintomas que impedem o adolescente de ter uma vida dentro dos parâmetros a que estava habituado (Idem).

Rickert e Jay (2005) referem que o adolescente com TSS caracteriza-se por vivenciar a sua sintomatologia distinguindo-se dos casos de simulação pelo próprio. Muito embora seja possível estabelecer o diagnóstico diferencial entre estas situações, o profissional de saúde deverá estar atento à possibilidade da sua ocorrência.

A suspeita clínica de TSS surge muitas vezes pela conjugação de variados aspectos da anamnese. A constatação de múltiplas queixas e repetidas avaliações médicas prévias, e/ou

a existência de um familiar com doença crónica (especialmente se os sintomas coincidem) ou de um luto familiar não resolvido ou com resolução em curso, deverão levar a pensar neste diagnóstico. A existência de uma disfunção em algum dos diferentes cenários onde se movimenta o adolescente (família, grupo de pares, escola) pode também apontar neste sentido. Habitualmente os doentes apresentam uma sintomatologia desproporcionada em relação ao seu estado geral e ao que seria de esperar se sofressem da doença cujos sintomas fazem sugerir (Rickert e Jay, 2005).

Segundo Kirmayer e Robbins (2007), a característica essencial da somatização é um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas, sendo muito mais comum nas mulheres do que nos homens. A prevalência de vida, que é de 2% no sexo feminino, não atinge 0,2% no sexo masculino. Frequentemente os sintomas somáticos se iniciam na adolescência, sendo que, nas mulheres, queixas de dificuldades menstruais podem representar um dos sintomas mais precoces.

A *American Psychiatric Association* (APA) (2002) apresentou uma revisão de critérios de diagnósticos para transtorno de somatização. Os sintomas se apresentam de forma crónica e flutuante. Estes incluem:

- A. Um histórico de muitas queixas físicas com início antes dos 30 anos de idade, que ocorrem por um período de vários anos e resultam em busca de tratamento ou prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento do indivíduo.
- B. Cada um dos seguintes modos deve ter sido satisfeito, com os sintomas individuais ocorrendo em qualquer momento durante o curso do distúrbio:
 - ***Quatro sintomas dolorosos:*** histórico de dor relacionada a pelo menos 4 locais ou funções diferentes (cabeça, abdome, costas, tórax, articulações, extremidades, recto, durante a menstruação, durante a relação sexual ou durante a micção).
 - ***Dois sintomas gastrointestinais:*** histórico de pelo menos dois sintomas gastrointestinais outros que não dor (náusea, inchaço, vômito outro que não durante a gravidez, diarreia ou intolerância a diversos alimentos).
 - ***Um sintoma sexual:*** histórico de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo outro que não dor (indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, irregularidades menstruais, sangramento menstrual excessivo, vômitos durante toda a gravidez)

- *Um sintoma pseudoneurológico*: histórico de pelo menos um sintoma ou deficit sugerindo um problema neurológico não limitado a dor (sintomas conversivos como prejuízo de coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldade na deglutição ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda de sensação de tacto ou dor, diplopia, cegueira, surdez, convulsões; sintomas dissociativos como amnésia ou perda da consciência outra que não por desmaio).
- C. Nenhum dos sintomas no Critério B pode ser completamente explicado por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos directos de uma substância (droga de abuso, medicamento). Quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir do histórico, do exame físico ou dos achados laboratoriais.
- D. Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no transtorno factício ou na simulação).

Segundo o DSM-5 (2013), o principal diagnóstico do TSS, enfatiza o diagnóstico feito com base em sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de uma explicação médica para sintomas somáticos; nesse sentido, o que caracteriza indivíduos com TSS não são os sintomas somáticos em si, mas como eles se apresentam e como são interpretados. A integração de componentes afectivos, cognitivos e comportamentais aos critérios do TSS proporciona uma reflexão mais abrangente e precisa do verdadeiro quadro clínico do que seria possível avaliando-se apenas as queixas somáticas.

Os critérios anteriores superenfatizavam o papel central de sintomas clinicamente inexplicados. Esses sintomas estão presentes em graus variados, particularmente no transtorno conversivo, mas transtornos de sintomas somáticos também podem acompanhar doenças médicas diagnosticadas (DSM-5, 2013).

A confiabilidade para determinar que um sintoma somático é clinicamente inexplicado é limitada, e estabelecer um diagnóstico na ausência de uma explicação é algo problemático e reforça a dicotomia mente-corpo. Não é apropriado dar a um indivíduo um diagnóstico de transtorno mental unicamente por não se conseguir demonstrar uma causa médica. Ademais, a presença de um diagnóstico médico não exclui a possibilidade de um transtorno mental comórbido, incluindo um transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados (Ibidem).

Acrescenta-se que uma série de factores pode contribuir para o TSS e transtornos relacionados: vulnerabilidade genética e biológica (maior sensibilidade à dor), experiências traumáticas precoces (violência, abuso, privação) e aprendizagem (atenção obtida por causa da doença, ausência de reforço de expressões não somáticas de sofrimento), bem como normas culturais e sociais que desvalorizam e estigmatizam o sofrimento psicológico em comparação com o sofrimento físico. Por outro lado, diferenças nos cuidados médicos entre culturas afectam a apresentação, o reconhecimento e o tratamento dessas manifestações somáticas. Variações na apresentação sintomática provavelmente resultam da interacção de múltiplos factores em contextos culturais que afectam como os indivíduos identificam e classificam sensações corporais, percebem a doença e buscam atenção médica para si. Dessa forma, apresentações somáticas podem ser vistas como expressões de sofrimento pessoal inseridas em um contexto cultural e social (Ibidem).

A partir disso, o DSM-5 (2013) no F45.1, estabelece como critérios diagnósticos para TSS os seguintes:

- A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
- B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
 - 2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.
 - 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.
- C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos geralmente apresentam sintomas somáticos múltiplos e actuais que provocam sofrimento ou resultam em perturbação significativa da vida diária (Critério A), embora às vezes apenas um sintoma grave, mais comumente dor, esteja presente. Os sintomas podem ser específicos (dor localizada) ou relativamente inespecíficos (fadiga). Por vezes representam sensações ou desconfortos corporais normais que geralmente não significam doença grave. Sintomas somáticos sem uma

explicação médica evidente não são suficientes para fazer esse diagnóstico. O sofrimento do indivíduo é autêntico, seja ou não explicado em termos médicos (DSM-5, 2013).

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos tendem a manifestar níveis muito elevados de preocupação a respeito de doenças (Critério B). Eles avaliam seus sintomas corporais como indevidamente ameaçadores, nocivos ou problemáticos e com frequência pensam o pior a respeito da própria saúde (Ibidem).

Os factores de risco e prognóstico para TSS são:

- A. **Temperamentais:** o traço de personalidade afectividade negativa (neuroticismo) foi identificado como um factor correlacionado de risco independente para muitos sintomas somáticos. Ansiedade ou depressão comórbida é um aspecto comum e pode exacerbar os sintomas e a incapacidade.
- B. **Ambientais:** o TSS é mais frequente em indivíduos com poucos anos de instrução e baixo nível socioeconómico e nos que tenham sofrido recentemente eventos estressantes na vida.
- C. **Modificadores do curso:** sintomas somáticos persistentes estão associados a aspectos demográficos (sexo feminino, idade mais avançada, menos anos de instrução, baixo nível socioeconómico, desemprego), história relatada de abuso sexual ou outra adversidade na infância, doença psiquiátrica crónica ou transtorno psiquiátrico concomitante (depressão, ansiedade, transtorno depressivo persistente, pânico), stress social e factores sociais reforçadores como benefícios obtidos com a doença. Factores cognitivos que afectam o curso clínico incluem sensibilidade à dor, atenção elevada a sensações corporais e atribuição de sintomas corporais a uma possível doença médica em vez de reconhecê-los como um fenómeno normal ou stress psicológico (DSM-5, 2013).

O TSS está associado a taxas elevadas de comorbidade com doenças médicas, bem como a transtornos de ansiedade e depressivos. Quando uma doença médica concomitante está presente, o grau de prejuízo é mais marcante do que seria esperado da doença física apenas. Quando os sintomas de um indivíduo satisfazem os critérios diagnósticos de TSS, o transtorno deve ser diagnosticado; entretanto, em vista da frequente comorbidade, especialmente com transtornos de ansiedade e depressivos, evidências desses diagnósticos concomitantes devem ser pesquisadas (Ibidem).

2.2. Transtornos conversivos e dissociativos

A investigação da conversão e da dissociação iniciou-se com os estudos originais da histeria, uma “disfunção do sistema nervoso” como resultado de um evento estressante que actuaria na parte afectiva do cérebro de indivíduos vulneráveis, que datam de 1859, ano da publicação do “Tratado clínico e terapêutico da histeria” de Pierre Briquet. Além de Briquet, outros autores, como Reynolds em 1969 e o neurologista francês Jean Martin Charcot em 1889, deram importantes contribuições para o avanço do estudo do que chamavam de “paralisias e distúrbios das sensações dependentes da ideia” (Ford e Folks, 2005).

Segundo estes autores, o uso do termo conversão surge pela primeira vez nos trabalhos de Sigmund Freud e Josef Breuer em 1894, para designar um sintoma motor em substituição a uma ideia reprimida. Por outro lado, o termo dissociação surge a partir dos trabalhos de Pierre Janet em 1907, nos quais o autor desenvolve um modelo de dissociação em que uma informação é mantida fora da consciência, de forma inalterada, mas exerce efeitos em funções motoras-sensoriais através de mecanismos inconscientes, originando os sintomas dissociativos (Idem).

A conversão é definida como “a presença de um ou mais sintomas ou deficits que afectam a função motora voluntária ou sensorial, sugerindo a presença de uma doença neurológica ou de outra condição médica que não pode ser comprovada objectivamente; havendo factores psicológicos associados com a génese do sintoma ou deficit” (Idem, p. 54). A dissociação é definida como “existência de uma perturbação nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente” (Idem, p. 55). Factores psicológicos importantes, como conflitos ou dilemas insuperáveis, também são responsáveis pelo aparecimento de sintomas dissociativos. Nos dois casos, admite-se a participação de mecanismos psicológicos inconscientes, ou seja, os sintomas são involuntários.

Tradicionalmente, a avaliação de um quadro conversivo ou dissociativo passa pelo desafio de se excluir uma condição médica geral, uso de substância ou doença neurológica que justifique ou explique:

- A presença dos sintomas motores-sensitivos (paralisias, convulsões, anestésias, ataxias), no caso de *conversão*; ou
- Perturbações das funções mnésicas e integradoras da consciência (amnésias, fugas, transe, despersonalizações), no caso de *dissociação* (Ford e Folks, 2005).

Cabe ainda investigar se os sintomas apresentados podem ser de natureza voluntária e motivação consciente (sintoma simulado), com objectivos externos evidentes, ou de natureza voluntária, mas com motivação inconsciente (sintoma factício), onde não há benefício externo, mas o desejo de estar doente.

Com relação ao diagnóstico o DSM-5 (2013) refere-se ao transtorno conversivo ou Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais, e estabelece como critérios diagnósticos:

- A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada.
- B. Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.
- C. O sintoma ou deficit não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.
- D. O sintoma ou deficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo ou requer avaliação médica.

Embora o diagnóstico exija que o sintoma não seja explicado por doença neurológica, ele não deverá ser feito simplesmente porque os resultados das investigações foram normais ou porque o sintoma é estranho. É preciso haver achados clínicos que demonstrem claramente incompatibilidade com doença neurológica. A inconsistência interna no exame é uma maneira de demonstrar incompatibilidade; demonstrando que os sinais físicos provocados por meio de um método de exame deixam de ser positivos quando testados de uma maneira diferente (Ibidem).

Embora o diagnóstico de conversão ou dissociação só possa ser realizado na ausência de condição médica geral, uso de substância ou doença neurológica que explique os sintomas, o contrário não é verdade, ou seja, a presença de conversão ou dissociação não exclui a presença dos anteriores. O mesmo pode-se dizer sobre a presença de incentivos externos evidentes, que embora não expliquem conversão ou a dissociação, podem eventualmente estar presentes, ao menos como elementos perpetuadores. Além disso, conversão e dissociação podem ocorrer no contexto de outros transtornos mentais, ou de maneira autónoma, como transtornos mentais independentes (DSM-5, 2013).

Ford e Folks (2005) referem que os sintomas conversivos têm, em geral, início abrupto e curso variado. Frequentemente o início das queixas está associado com eventos estressantes significativos. A duração dos sintomas tende a ser curta, mas não sempre, com remissão ocorrendo dentro de duas semanas após resolução do conflito ou da situação estressantes que

o originou. Os sintomas conversivos geralmente mimetizam doenças neurológicas agudas e podem ter apresentações motoras ou sensitivas das mais variadas formas. Os sintomas conversivos mais comuns são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Sintomas conversivos mais comuns

<i>Sintomas motores</i>	<i>Sintomas sensitivos</i>
Movimentos involuntários	Anestesias (especialmente de extremidades)
Tiques	Anestesia da linha média
Blefaroespasma	Cegueira
Opistótono	Surdez
Crises convulsivas	Alucinações
Quedas	Sintomas viscerais/autonómicos
Abasia	Vómitos psicogénicos
Paralisias	Pseudociese
Fraqueza	Síncope
Afonia	Retenção urinária
Anormalidades da marcha	Diarreia
Distonias	<i>Globushystericus</i>

Fonte. Ford e Folks (2005)

No que se refere à presença de sintomas dissociativos, estes estão normalmente associada a eventos traumáticos específicos, conflitos emocionais evidentes ou dilemas insuperáveis. Os sintomas frequentemente têm início súbito (quadro agudo) e podem perdurar por horas ou dias e, mais raramente, meses a anos (quadro crónico). Podem se apresentar como amnésia, fuga repentina, mudança de identidade, experiências de estar fora do próprio corpo ou ainda experiência de ter o corpo possuído por outras entidades. Outros sintomas dissociativos mais comuns são: Amnésia; Desrealização; Despersonalização; Fuga; Confusão; Alteração de identidade; Transe; Possessão (Ford e Folks, 2005).

Pode-se mencionar, que a suspeita de um sintoma conversivo ou dissociativo exige a elaboração minuciosa de uma anamnese biográfica além da história clínica de rotina, já que a identificação de traumas remotos, como abuso físico e sexual, associados a factores psicológicos estressantes recentes ou dilemas emocionais insuperáveis podem auxiliar na compreensão da totalidade do quadro clínico (Idem).

A APA (2002), no seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, estabeleceu critérios específicos para o diagnóstico de transtorno conversivo, como apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios diagnósticos para transtorno conversivo

A. Um ou mais sintomas ou déficits afectando a função motora ou sensorial voluntária, que sugerem uma condição neurológica ou outra condição médica geral.
B. Factores psicológicos são julgados como associados com o sintoma ou deficit, uma vez que o início ou a exacerbação do sintoma ou deficit é precedido por conflitos ou outros estressantes.
C. O sintoma ou deficit não é intencionalmente produzido ou simulado (como no transtorno factício ou na simulação).
D. O sintoma ou deficit não pode, após investigação apropriada, ser completamente explicado por uma condição médica geral, pelos efeitos directos de uma substância ou por um comportamento ou experiência culturalmente aceita.
E. O sintoma ou deficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo, ou indica avaliação médica.
F. O sintoma ou deficit não se limita a dor ou disfunção sexual, não ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno de somatização, nem é mais bem explicado por outro transtorno mental.

Fonte: APA (2002). Adaptado pela autora

A APA (2002) subdivide os transtornos dissociativos em: amnésia dissociativa, fuga dissociativa, transtorno dissociativo de identidade e transtorno de despersonalização, e também estabelece critérios específicos para o diagnóstico de transtorno dissociativo, como apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Critérios diagnósticos para transtorno dissociativo

<i>Amnésia dissociativa.</i>	I. A perturbação predominante consiste em um ou mais episódios de incapacidade de recordar informações pessoais importantes, em geral de natureza traumática ou estressante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento normal.
	II. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno dissociativo de identidade, fuga dissociativa, transtorno de <i>stress</i> pós-traumático, transtorno de <i>stress</i> agudo, ou transtorno de somatização, nem se deve aos efeitos fisiológicos directos de uma substância, de um problema neurológico ou de outra condição médica geral.
	III. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
<i>Fuga dissociativa.</i>	I. A perturbação predominante é uma viagem súbita e inesperada para longe de casa ou do local costumeiro do indivíduo, com incapacidade em recordar o próprio passado.
	II. Confusão acerca da identidade pessoal ou adopção (parcial ou completa) de uma nova identidade.
	III. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de transtorno dissociativo de identidade, nem se deve aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de outra condição médica geral
	IV. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
<i>Transtorno dissociativo de identidade.</i>	I. Presença de duas ou mais identidades ou estados de personalidade distintos (cada qual com seu próprio padrão relativamente persistente de percepção, relacionamento e pensamento acerca do ambiente e de si mesmo).

	II. No mínimo duas dessas identidades ou estados de personalidade assumem recorrentemente o controle do comportamento do indivíduo.
	III. Incapacidade em recordar informação pessoal importante, demasiadamente extensa para ser explicada pelo esquecimento comum.
	IV. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de uma condição médica geral.
<i>Transtorno de despersonalização.</i>	I. Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se desligado de si próprio e de como se o indivíduo fosse um observador externo dos próprios processos mentais ou do próprio corpo (p. ex., sentir-se como em um sonho).
	II. Durante a experiência de despersonalização, o teste de realidade permanece intacto.
	III. A despersonalização causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
	IV. A experiência de despersonalização não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno mental, como esquizofrenia, transtorno de pânico, transtorno de <i>stress</i> agudo ou outro transtorno dissociativo, nem se deve aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou de outra condição médica geral.

Fonte: APA (2002). Adaptado pela autora

Ford e Folks (2005) referem que a avaliação do estado mental de pacientes com transtornos de conversão ou dissociação mostram que os pacientes com transtornos de conversão podem descrever suas queixas de forma calma e tranquila, apresentando certa indiferença em relação à gravidade presumida do sintoma, ou apresentá-las de forma dramática e histriónica.

Por outro lado, os pacientes com transtornos de dissociação podem se apresentar em dois estados distintos, um facilmente acessível, sem alterações de consciência características, ou outro em que um estado de consciência dissociada pode ocorrer, levando ao aparecimento agudo de sintomas dissociativos (amnésia, transe, *flashbacks*, mudanças de personalidade ou humor e estados crepusculares), que constituem um desafio significativo para o esclarecimento diagnóstico (Ford e Folks, 2005).

Os pacientes transtornos de conversão ou dissociação frequentemente oferecem histórias vagas, inconsistentes, em que faltam detalhes factuais específicos. Muitas vezes apresentam discurso excessivamente impressionista, mas têm dificuldades de se concentrar em detalhes específicos da sua história. Apresentam labilidade emocional e são sugestionáveis. Nestas situações, ou quando se sentem incompreendidos ou rejeitados, não é raro apresentarem os sintomas dos seus problemas, numa demonstração de sua doença (Idem).

2.3. Acontecimentos traumáticos

O ser humano se defronta com circunstâncias adversas mesmo antes de nascer e delas se defende ao longo de todos os anos de sua vida. A forma de reagir ao *stress* é

conformada pelo ser humano desde o período intra-uterino e se desenvolve até sua morte. Riscos e toda sorte de adversidades sempre estiveram presentes, em qualquer tempo e cultura. No entanto, há acontecimento considerados mais adversos à existência humana e que podem acarretar prejuízo tardio severo. Seus efeitos, frequentemente, não são detectados durante a infância ou a adolescência e sim no auge da vida adulta ou na velhice.

De acordo com a APA (2002), o conceito de trauma pode ser entendido como:

A experiência pessoal directa com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física; ou observar um acontecimento que envolva morte, ferimento grave ou ameaça à integridade de outra pessoa; ou ter conhecimento de uma morte violenta ou inesperada, ferimento grave ou ameaça de morte ou ferimento vivido por um familiar ou amigo íntimo (p. 463).

O conceito de trauma psíquico é entendido, na sua generalidade, como decorrente de um acontecimento que abalou de tal forma o indivíduo que provocou modificações consideráveis no seu modo de funcionamento psíquico. Segundo Sandler (2008), esta delimitação do conceito introduz a problemática da tensão entre o que é interno e o que é externo no trauma, uma tensão entre aquilo que resulta do acontecimento e o que resulta da experiência subjectiva do indivíduo.

Trombeta e Guzzo(2002) consideram que,dentre as circunstâncias consideradas mais lesivas para crianças e adolescentes estão: sofrer graves desastres, acidentes e vivenciar guerras. Outros acontecimentos que podem impactar a vida de crianças e adolescentes são: conflitos e separações entre os pais, sérios problemas médicos vividos pelos familiares e as situações de violências vividas em casa, na escola e na comunidade.

Segundo Garmezy (2007, p. 24), “um acontecimento é considerado gerador de *stress* quando acarreta mudança interna na pessoa, alterando o componente de afecto e sobrecarregando ou excedendo seus recursos adaptativos (neuroquímicos, psicológicos e sociais)”. O autor acrescenta que, a partir do momento em que a pessoa percebe e interpreta o que sofreu, consciente ou inconscientemente o avalia como estressante ou não. Isso dependerá não apenas da situação e de seus recursos adaptativos, mas também da sua história pregressa e do estágio de desenvolvimento em que se encontra ao se defrontar com os problemas.

Pynooset al. (2007, p. 73) desenvolveram um modelo em que avaliam o efeito do *stress* proveniente dos traumas na infância. Neste modelo dão enfoque para distintos aspectos temporais relacionados ao surgimento dos acontecimentos traumáticos:

- 1º ***Proximais ao trauma:*** padrão de ocorrência, padrão de reactividade fisiológica e psicológica aos estímulos associados ao trauma, estímulos associados ao trauma e ao que ocorreu antes do acontecimento. Também actuam nesta fase *stress* secundário, decorrentes do trauma, como mudanças: nas circunstâncias de vida da família, nos recursos comunitários, na constelação familiar, na disponibilidade e utilização do apoio social; pode ocorrer também a necessidade de assumir novas responsabilidades, reabilitação médica e cirúrgica, mudança de papéis, aquisição de novas habilidades sociais, perdas e adversidades recorrentes.
- 2º ***Proximais ao ciclo de desenvolvimento infantil:*** atenção, aprendizagem e cognição selectiva; mecanismos de regulação emocional; auto-atribuições; percepção da auto-eficácia; controlo de impulsos; desenvolvimento moral; habilidades de competência social; maturação biológica; adaptações as transições familiares e interpessoais, dentre outros.
- 3º ***Distais ao trauma e ao desenvolvimento infantil:*** referem-se a problemas como Transtornos de Stress Pós-Traumático (TSPT) e outros transtornos psiquiátricos, problemas de saúde física; transtornos crónicos do desenvolvimento, etc. Algumas características diversas do desenvolvimento que podem ser afectadas são: funcionamento interpessoal académico e ocupacional; capacidade de tomada de decisões; funcionamento parental; personalidade emergente (medo, coragem; expectativas em relação aos traumas e perdas; atribuições de si próprio, dos outros e das instituições sociais).

O modelo apresentado por Pynoos et al. (2007) ressalta ainda a necessidade de avaliar esses aspectos proximais e distais associados aos acontecimentos traumáticos em conjunto com a avaliação do desenvolvimento infanto-juvenil, com factores intrínsecos da criança, do meio familiar e social em que vive.

Segundo Pelcovitz et al. (2005), estudos realizados pelo *Developmental Trauma Disorder* (DTD), ratificaram que a exposição contínua a acontecimentos traumáticos cada vez mais é associada a inúmeros efeitos negativos, relativos às áreas emocionais, comportamentais, cognitivas e sociais, principalmente em períodos críticos do desenvolvimento infantil.

Para a concepção do DTD, as crianças expostas a acontecimentos traumáticos, como maus-tratos, negligência, abandono, violência doméstica, separação dos pais, perdas traumáticas ou comportamentos sexuais inapropriados associados, apresentariam problemas

na regulação emocional, drásticas mudanças de humor e no padrão comportamental, perda de autonomia, comportamento agressivo diante dos outros e de si mesmo, perda da regulação do sono, da fome e de autocuidados, múltiplos problemas somáticos (desde queixas gastrintestinais até dores de cabeça), aparente perda da avaliação e discriminação de estímulos ameaçadores (aumento dos comportamentos de risco), sentimentos de ódio, autculpa e os crónicos sentimentos de impotência (Idem).

Relacionado com isto, autores como Anda et al. (2006) consideram que a exposição ao trauma durante o desenvolvimento infantil altera negativamente a resposta futura ao *stress*, de maneira que as crianças submetidas a esses acontecimentos, apresentam dificuldades em lidar com suas próprias emoções. Isso se expressa através de atribuições negativas a si mesmo, perda de confiança nas outras pessoas e descrença de que alguém vá cuidá-las, gerando sentimentos de insegurança. Sendo assim, essas crianças organizam seus relacionamentos em torno da expectativa ou da prevenção do abandono ou vitimização.

No Quadro 5 se apresentam os critérios diagnósticos do transtorno de desenvolvimento traumático segundo o DTD.

Quadro 1. Critérios diagnósticos para transtorno dissociativo

<i>A. Exposição.</i>	<p>I. Múltipla ou crónica exposição a uma ou mais formas de adversidades desenvolvimentais de natureza traumática e interpessoal (abandono, traição, agressões físicas, agressões sexuais, ameaças à integridade física, práticas coercivas, abuso emocional, testemunhar violência e morte).</p> <p>II. Experiências subjectivas de raiva, traição, resignação, medo, derrota e vergonha.</p>
<i>B. Desencadeamento de um padrão repetitivo dedesregulação frente a estímulos associados ao trauma.</i>	<p>Caracteriza-se pela desregulação nas seguintes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Afectiva. – Somática (fisiológica e motora). – Comportamental. – Cognitiva (confusão, dissociação, despersonalização, revivescência). – Relacional (conduta opositora, desconfiada, complacente). – Autoatribuição (autculpa e ódio a si próprio).
<i>C. Atribuições e expectativas persistentemente alteradas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Auto atribuição negativa. – Desconfiança do cuidador. – Perda da expectativa de protecçãopelos outros. – Perda da confiança nos órgãos sociais de protecção. – Falta de recursos na busca de justiça/retribuição social. – Inevitabilidade de futura vitimização.

D. Prejuízo funcional.

- Educacional.
- Familiar.
- Interpessoal.
- Vocacional.
- Legal.

Fonte: Pelcovitz et al. (2005). Adaptado pela autora

Kim et al. (2010) referem que as crianças expostas a contínuas vivências traumáticas de natureza interpessoal irão experimentar emoções intensas de raiva, medo, resignação, vergonha, sensação de derrota e traição. Tais crianças desenvolvem certos comportamentos a fim de evitar ao máximo a recorrência dessas emoções. Da mesma forma, elas tendem a reviver os acontecimentos traumáticos actuando como perpetuadores de agressões ou de violência sexual contra outras crianças. Nessas crianças, o menor estímulo seria capaz de desencadear medo intenso; e, após esse estado de agitação, elas apresentariam extrema dificuldade em retornar à normalidade.

2.4. Transtornos relacionados a *stress* pós-traumático

Os transtornos relacionados a trauma e a estressantes incluem transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante está listada explicitamente como um critério diagnóstico e reúnem o transtorno de apego reactivo, o transtorno de interacção social desinibida, o TSPT, o transtorno de stresse agudo e os transtornos de adaptação. O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo. Entretanto, está claro que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedónicos e disfóricos, extermalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos (DSM-5, 2013).

Crianças e adolescentes vivem um período intenso de crescimento e desenvolvimento corporal, emocional e cognitivo, precisando de condições nutricionais, afectivas e sociais favoráveis e positivas para o completo alcance de suas potencialidades vitais. A associação de múltiplas situações de risco e traumas constantes que ameaçam a integridade corporal e emocional pode contribuir para a fragmentação da sequência das etapas de desenvolvimento, da aquisição das habilidades necessárias para a aprendizagem e relacionamentos afectivos, comprometendo o futuro desempenho dos papéis sociais.

Segundo a definição de Ferreira (2000, p. 44), *stress*, “é um conjunto de reacções do organismo a agressões de ordem física, psíquica, infecciosa e outras capazes de perturbar-lhe a homeostase”. Casotti (2003, p. 23) afirma que “estresse é essencialmente um grau de desgaste no corpo e na mente, que pode atingir níveis degenerativos implicando na baixa da qualidade de vida e consequentemente na infelicidade da humanidade”.

Dentro de uma perspectiva biopsicossocial, França e Rodrigues (2007, p. 24) definem *stress* como: “uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias as quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar.

Segundo Chrousos Gold (2006), os factores *stressantes* são sempre indesejáveis, incontroláveis, súbitos, muitas vezes imprevisíveis e difíceis de adaptar. Resultam em reacções severas, intensas e negativas do comportamento habitual, pois sofrem influências do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal do Sistema Nervoso Central (SNC) com a liberação de vários hormônios e neurotransmissores (dopamina, serotonina, acetilcolina, noradrenalina e adrenalina) e que vão activar os mecanismos de adaptação corporal para a sobrevivência, principalmente o hormônio cortisol. Portanto, ocorre um desequilíbrio da homeostase corporal, levando a uma cascata de reacções sistémicas dos órgãos-alvo como respostas ao sistema autonómico periférico.

O TSPT é uma condição que pode ocorrer após uma situação *stressante* traumática. Esta situação deve ser uma vivência excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica como combate, agressão pessoal violenta, estupro ou outro crime. Estudos têm relacionado o TSPT com situações de crime e violência, colocando-as como de risco para o seu desenvolvimento (DSM-5, 2013).

2.4.1. Sintomas do TSPT

Segundo Figueira e Mendlowicz (2005), o primeiro grupo de sintomas do TSPT é o relacionado às reviviscências do trauma. Esses sintomas de reexperimentação do trauma são específicos do TSPT, não sendo observados em outros transtornos psiquiátricos. As reviviscências podem se apresentar sob diversas formas: sonhos vívidos, pesadelos, pensamentos ou sentimentos incontroláveis, *flashbacks*. O paciente queixa-se de pensamentos, imagens, sentimentos e comportamentos recorrentes relacionados ao evento traumático.

Estes fenómenos são dolorosos e tentam repetidamente tornar-se conscientes e dominar a atenção da pessoa. Tais recordações são intrusivas, pois surgem na mente e tendem a permanecer nela, ainda que o paciente tente lutar contra este pensamento. Este transtorno, conhecido como *intrusão*, às vezes, surge de modo inopinado, torturando o paciente no seu momento de lazer. Essa característica peculiar do TSPT, a de apresentar exuberantes fenómenos psicopatológicos centrados em revivescências intrusivas extremamente dolorosas, faz com que esse transtorno seja considerado como uma modalidade de patologia da memória (Idem).

Segundo estes autores, os pacientes usam uma série de estratégias emocionais, cognitivas e comportamentais para reduzir o sofrimento e o terror causado pelas revivescências traumáticas e pelos sintomas de hipervigilância autonómica a elas associados. Essas estratégias resultam em comportamentos variados de *evitação* e no desenvolvimento de um entorpecimento emocional (anestesia emocional ou *numbing*). A evitamento corresponde a uma tentativa desesperada de evitar contacto com tudo que relembre o trauma. Classicamente, o paciente evita falar, pensar ou ir a locais associados ao trauma.

Van der Kolk e McFarlane (2006) referem que a *evitação* pode assumir formas úteis. Para fugir das lembranças intrusivas, o paciente pode se drogar (para anestesiar o sofrimento psíquico) ou utilizar mecanismos dissociativos, que servem para manter fora da consciência os pensamentos e sentimentos penosos. O paciente pode também apresentar uma redução do interesse ou da participação em actividades que antes lhe eram importantes.

Figueira e Mendlowicz (2005) acrescentam que o último grupo de sintomas da tríade que caracteriza o TSPT é a *hipervigilância*. Esses sintomas são mais facilmente observáveis e incluem a irritabilidade, insónia, sobressalto excessivo e hipervigilância. Mesmo que o paciente controle os efeitos das revivescências por meio do entorpecimento emocional, seu corpo pode hiper-reagir frente a certos estímulos externos como se estivesse permanentemente ameaçado de morte. Nesse estado de hiper-reatividade psicofisiológico o paciente pode estar de tal modo hiperestimulado que estímulos mínimos fazem com que seu coração dispare, sua respiração se acelere e seus músculos se contraíam. Um leve barulho pode causar um sobressalto acentuado.

Segundo Moore e Boehnlein (2003), esse estado de alerta constante faz com que a concentração caia, afectando o desempenho em tarefas cognitivas como a leitura e o estudo. A irritabilidade constante e a agressividade exacerbada podem passar a ser características de um

indivíduo que, antes do trauma, apresentava um temperamento calmo e cordato. Um indivíduo como esse pode se tornar irreconhecível, encolerizando-se e destruindo coisas sem menor contrariedade. Por outro lado, seus amigos e parentes podem ficar intimidados e se afastar dele. A *hipervigilância autonômica* também pode se expressar através de queixas somáticas tais como fadiga, cefaleias, tremores, hipermotilidade gástrica, pseudocrises epiléticas e tonturas, frequentemente levando a exames laboratoriais desnecessários. Por tudo isso, a qualidade de vida dos pacientes com TSPT fica profundamente comprometida.

III ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, são apresentados os objectivos do estudo, os aspectos metodológicos e éticos, descrevendo tanto a caracterização do local de estudo e dos participantes, assim como os critérios de selecção da amostra, os instrumentos e os procedimentos para a recolha dos dados.

3.1. Objectivos do estudo

Embora a grande maioria das crianças e dos adolescentes viva a sua infância e adolescência sem aparentes dificuldades, muitas delas revelam transtornos de sintomas somáticos conversivos ou dissociativos de maneira que, muitas das doenças mentais da idade adulta revelaram sintomas ou iniciaram-se na adolescência, sendo o diagnóstico precoce dessas afecções um aspecto decisivo para uma boa evolução, já que sem saúde mental, pode-se dizer que não há saúde.

Muitas crianças e adolescentes mostram também dificuldades transitórias no seu desenvolvimento, que podem estar relacionadas a acontecimentos traumáticos, sem que estejam definidos os critérios para o diagnóstico de um transtorno mental, pelo que é importante intervir cedo, para que o processo de desenvolvimento não seja afectado e a criança ou adolescente em causa possa progredir.

A partir destas conjecturas, o estudo tem como *objectivo geral*:

Avaliar os sintomas somáticos conversivos ou dissociativos após acontecimentos traumáticos em alunos de escolas na província do Huambo-Angola.

Objectivos específicos:

1. Caracterizar sociodemograficamente a amostra de alunos da 9^a e 10^a Classe de escolas da província do Huambo em Angola.
2. Determinar o índice e descrever os sintomas de TSS que apresenta a amostra.
3. Identificar quais os AT vivenciados pelos elementos da amostra.
4. Avaliar o índice TSPT que apresenta a amostra.
5. Descrever a relação entre o índice de sintomas somáticos conversivos ou dissociativos e o índice de sofrimento subjectivo por TSPT.

3.2. Tipo de estudo

Considerando que na lista dos procedimentos metodológicos que se podem adoptar para uma pesquisa, estão os delineamentos, que possuem um importante papel na pesquisa científica, no sentido de articular planos e estruturas que permitem obter respostas para o problema em estudo, e que não há um tipo de pesquisa particular para um estudo de questões relacionadas com os transtornos de sintomas somáticos conversivos ou dissociativos após acontecimentos traumáticos, procurou-se na literatura, os paradigmas e tipos de pesquisas que mais se ajustam à problemática e objectivos desta dissertação.

No que se refere à sua forma de abordagem, trata-se de um estudo misto (quantitativo-qualitativo), pois os dados foram obtidos por meio de um número de inquiridos sendo os dados analisados estatisticamente. Algumas das definições mais significativas do enfoque misto (quantitativo-qualitativo) de investigação são as seguintes:

- Os métodos mistos representam um conjunto de processos sistemáticos, empíricos e críticos de investigação que implicam a recolha e análise dos dados quantitativos e qualitativos, assim como a sua integração e discussão conjunta, para realizar inferências originadas pela informação e conseguir um maior entendimento do fenómeno em estudo.
- Os métodos mistos de investigação são a integração sistemática dos métodos quantitativos e qualitativos num estudo com o fim de conseguir uma imagem mais completa do fenómeno e de modo que as aproximações, quantitativa e qualitativa conservem suas estruturas e procedimentos originais (HernándezSampieri, Fernández e Baptista, 2010, p. 546).

No que se refere aos objectivos, o estudo realizado foi exploratório e descritivo. Trata-se, inicialmente, de uma pesquisa exploratória, pois levantou informações para proporcionar maior familiaridade com o problema, no intuito de torná-lo mais explícito (Gil, 2008).

Severino (2007) considera que a pesquisa exploratória busca levantar informações sobre um determinado objecto, delimitando, assim, um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestações do fenómeno e caminhos realizados neste estudo.

A pesquisa descritiva, segundo Gil (2008), descrever as características de determinadas populações ou fenómenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de recolha de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Quanto aos procedimentos técnicos utilizados, para analisar os factos do ponto de vista empírico e para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, tornou-se

necessário traçar um modelo conceitual e operativo da pesquisa. Este delineamento teve relacionado ao planeamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, considerando o ambiente em que se recolheram os dados e as formas de controlo das variáveis envolvidas. Com este intuito, foi utilizado o estudo de caso que, conforme Yin (2005), é ideal para as situações organizacionais reais, em que o pesquisador não tem controlo dos fenómenos.

3.3. Descrição do local de estudo

As actividades económicas predominantes na área são o comércio e os negócios informais. A população é maioritariamente de origem camponesa (migrantes das Províncias de Huila, Bié e Moxico), nessa localidade existem também funcionários públicos, militares e polícias e empregados das micro e pequenas empresas. Os principais problemas sociais estão relacionados com a pobreza, o desemprego e a degradação ambiental.

A província do Huambo foi uma das mais castigadas durante os quase trinta anos de guerra civil; milhares de pessoas abandonaram as suas casas e refugiaram-se em Luanda ou nas cidades do litoral. A guerra, que assolou a região do Huambo, resultou na destruição de parte considerável das suas infra-estruturas económicas, produtivas, sociais e de suporte, para além de ter tido fortes sequelas no tecido humano e ter estimulado a dispersão da grande parte de capacidade técnica da região.

O município do Huambo é a maior da província do mesmo nome, com uma população de 665 574 habitantes, sendo também um dos maiores do país. 58.0% das pessoas que residem no município são crianças e adolescentes com idades compreendidas entre 0 e 17 ano. O município teve um crescimento desordenado e intenso e sua infra-estrutura não acompanhou o crescimento populacional, que se deu às custas basicamente de população de baixo poder aquisitivo. No relacionado ao atendimento de problemas psicológicos, o município não tem psiquiatra infantil na rede pública de saúde e o atendimento psicológico está longe de atender à enorme demanda.

Frente a magnitude dos TSS conversivos ou dissociativos que estes acontecimentos podem acarretar nesta localidade, os resultados deste trabalho podem contribuir para o melhor conhecimento da realidade vivida por crianças e adolescentes no Município do Huambo, possibilitando futuras acções preventivas no âmbito da educação e da saúde.

3.4. População e amostra

Richardson (2009, p. 56) refere que a população consiste num “conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Cabe ao investigador estabelecer esses critérios de elegibilidade, de forma a decidir se uma pessoa seria classificada ou não como membro da população em questão. Se a população for constituída por um número relativamente elevado de pessoas, é praticamente impossível utilizar toda a população. Procede-se então, por factor de tempo e de custos, à extracção de uma amostra dessa população que seja representativa da característica da mesma.

Com base no citado acima, a amostra inquirida define-se como não-probabilística, por conveniência, e é constituída por 244 alunos da 9ª Classe da Escola do Primeiro Ciclo do Ensino Secundário “Ferraz Bomboco” do Huambo-Angola. Uma vez definida a amostra, foi preciso conferir todos os elementos definidos para o perfil da mesma, e desprezar aqueles que não o atendiam completamente. Nesse sentido foram considerados como critérios de inclusão, alunos da 9ª Classe de ambos dos sexos, matriculados na instituição no ano lectivo 2017 e que deram seu consentimento para participar no estudo.

3.5. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados para este estudo ocorreu entre o mês Março e Maio de 2017, sendo realizada pessoalmente pela pesquisadora, através de um processo organizado e posto em prática para obter informações, sobre a situação investigada. Para realização da recolha de dados optou-se pelo uso de questionários, onde as questões apresentadas aos alunos corresponderam a diferentes escalas, contendo perguntas de múltipla escolha, que segundo Malhotra (2005) especificam o conjunto de alternativas, bem como seus formatos; as respostas de múltipla escolha disponibilizam ao respondente uma série de alternativas de respostas, também permitem uma padronização no processo de recolha de dados, que garantem resultados consistentes. Para isso, foram utilizados os seguintes instrumentos:

I. Questionário Sociodemográfico. Instrumento elaborado para o estudo voltado para a caracterização dos participantes quanto às seguintes informações: sexo, idade, reprovação, convivência, número de irmãos e escolaridade dos pais.

II. Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5). Este questionário avalia a severidade de dissociação de somatoforme (Nijenhuis e Vanderlinden, 2010) traduzido e adaptado para Português por José Rocha e Vera Almeida. Os 5 itens do SDQ-5 foram derivado dos SDQ-20, e inclui os itens 4, 8, 13, 15, e 18. Cada item pergunta pela frequência que um transtorno de sintoma somático dissociativo ou conversivo é experimentado pelo

sujeito. Os escores podem variar entre 0 e 20 e as pontuações acima de 8 indicam sintomas somáticos significativo e prováveis desordens dissociativos ou conversivos.

III. Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens (LAGS-CJ). A LAGS-CJ consiste numa lista de acontecimentos construída por Maria do Céu Moreira e José Rocha (2014) com base na Entrevista para Crianças: *Traumatic Events Screening Inventory (TESI-C)*, assim como em observações de acontecimentos que poderiam ser considerados por crianças e adolescentes como traumáticos. O questionário apresenta uma lista composta por 23 itens que descrevem possíveis acontecimentos traumáticos, onde pede-se aos respondentes que indiquem se determinado acontecimento descrito já lhes aconteceu, quem esteve envolvido, que idade tinham e ainda em que contexto ocorreu.

Para além destes 23 itens, existe um item que questiona se alguma vez o jovem viveu algum acontecimento em sala de aula que o marcou negativamente e qual foi esse acontecimento, e ainda um item onde é questionado se para além de todos os acontecimentos referidos alguma vez foi vivenciado um acontecimento que não tenha sido mencionado, e se a resposta for afirmativa, é-lhe pedido para indicar qual o acontecimento.

No sentido de enriquecer estas informações, é pedido que no final do preenchimento da LAGS-CJ que os participantes indiquem de todos os acontecimentos que seleccionaram qual foi o pior de todos e se alguma vez receberam apoio psicológico. A autora refere que ao longo da construção da lista foram tidas em conta algumas preocupações com a elaboração dos itens, no sentido de obter na mesma as respostas pretendidas sem ferir nenhuma susceptibilidade por parte dos jovens.

IV. Escala de Impacto de Eventos para Crianças (CRIES-13). A CRIES foi traduzida e adaptada para língua Portuguesa por Rocha, Moreira e Silva dem 2012 e é um instrumento de auto-resposta que procura avaliar o sofrimento subjectivo que advém de uma experiência traumática em crianças e adolescentes, e que pode ser aplicada sob a forma de duas versões, a CRIES 8 e a CRIES 13. A CRIES 13 é composta por três subescalas, nomeadamente:

1º Intrusão = soma das respostas 1+4+8+9

2º Evitamento = soma das respostas 2+6+7+10

3º Hipervigilância = soma das respostas 3+5+11+12+13

Estas subescalas medem as três características primordiais dos TSPT. Cada um dos itens é cotado numa escala tipo *Likert* com quatro pontos (Nunca = 0; Raramente = 1; Algumas vezes = 2; Muitas vezes = 3). Segundo Sousa (2014), o facto deste instrumento ser utilizado em populações diversas, após acontecimentos traumáticos, é pelo facto de apresentar bons indicadores de validade e fidelidade, e ter um número reduzido de itens face aos instrumentos já existentes.

3.6. Considerações éticas

Segundo Cortina e Martínez (2009, p. 34), “a Ética, quando tomada como parte da Filosofia, dedica-se à reflexão sobre a moral e constitui-se como um tipo de saber que se tenta construir racionalmente, utilizando o rigor conceitual e os métodos de análise próprios da Filosofia”. Por isso, considera-se que ao reflectir sobre as questões morais, a Ética pretende desdobrar conceitos e argumentos que permitam compreender a dimensão moral da pessoa humana em sua condição.

A partir do citado acima, assume-se que as considerações éticas evidenciam que os procedimentos de uma pesquisa não podem limitar-se a uma abordagem protocolar e superficial, restrita a etapa de recolha de dados, já que os alunos que constituíram a amostra deste trabalho inserem-se na categoria de populações vulneráveis. Não somente sob a perspectiva da sociedade, como sob a perspectiva das normas éticas para pesquisa. Nesse sentido foi-lhe garantido, o direito ao anonimato e à confidencialidade isto é, os dados pessoais não seriam divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a sua identidade não seria associada às respostas individuais.

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O objectivo primordial pretendido neste capítulo é descrever detalhadamente os dados recolhidos e assim realizar uma análise referente as respostas obtidas, quantificando informações de forma precisa e segura. Para tanto, foi conduzida a análise através de uma base de dados criada no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 20), sendo realizadas, inicialmente, análises descritivas das variáveis investigadas.

Os resultados apresentam-se em Tabelas e Gráficos elaboradas segundo normas da *American Psychological Association* (APA) que estabelece as condições para o arranjo dos dados recolhidos. Tendo por base as respostas às questões e recorrendo ao enquadramento teórico que fundamenta a presente investigação, procedeu-se a uma interpretação dos resultados obtidos com uma visão interpretativa pessoal que resulta da lógica investigativa descrita anteriormente.

4.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas

Conforme Gil (2008) a análise e interpretação dos dados apresentam conceituações distintas, embora sejam estreitamente relacionados entre si. A análise tem por finalidade organizar e resumir dados capazes de oferecer respostas ao problema de pesquisa. Enquanto a interpretação objectiva a procura do sentido mais abrangente das respostas, realizados com base em sua ligação a outros conhecimentos antes obtidos. De seguida apresentam-se os dados referentes às características sociodemográficas (de acordo com o Anexo 1) dos 244 alunos da 9ª Classe que compuseram a amostra (Tabela 1).

Como já mencionado, a amostra é constituída por 244 alunos (Tabela 1), 58.6% do sexo feminino e 41.4% do sexo masculino, sendo o valor mínimo das idades de 13 anos e o máximo de 19 anos, com uma média de 15.59 anos e $DP = 1.22$. A tabela mostra que 47.5% dos alunos se encontram na faixa etária de 14 a 15 anos e 52.4% na faixa de 16 a 19 anos. Estes resultados também mostram que 45.5% dos alunos já reprovaram pelo menos uma vez e 54.5% não tiveram retenção escolar.

No relacionado com a convivência, os resultados são apresentado em 4 categorias, onde a categoria “Outros” inclui uma variedade de combinações familiares exprimidas pelos alunos; como se comprova na Tabela 1 em baixo, 14.9% dos alunos vivem com a mãe, 6.3% vivem com o pai, 65.0% vivem com mãe e pai e 13.8% vivem com outros familiares. No que respeita ao número de irmãos, os resultados mostram que 66.1% têm entre 0 e 6 e 33.9% entre

7 e 12. Os resultados ainda mostram que não existem diferenças significativas entre os níveis de escolaridades das mães e dos pais.

Tabela 1. Frequências das variáveis sociodemográficas

Característica	n	%	M	DP
Sexo				
Feminino	143	58,6%		
Masculino	101	41,4%		
Idade				
[13 - 15]	116	47,5%	15,59	1,22
[16 - 19]	128	52,4%		
Escolaridade				
9º ano	174	71,3%		
10º ano	70	28,7%		
Retenções escolares				
Sim	133	54,4%		
Não	111	45,5%		
Escolaridade do Pai				
Em anos			6,56	4,37
Escolaridade da Mãe				
Em anos			6,18	4,74

4.2. Avaliação dos TSS dissociativo ou conversivo

No que se refere ao estudo do TSS dissociativo ou conversivo destaca-se, a utilização da escala *Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5)* criada e desenvolvida por Nijenhuis e Vanderlinden. Esta escala é um dos poucos instrumentos usados para avaliar níveis TSS dissociativo ou conversivo como já apontado, possui 5 itens descritos em forma de perguntas, com resposta tipo *Likert* variando de 0 (Nunca) a 4 (Bastante) (Anexo 3). Os escores da escala oscilam de 0 a 20 pontos e as pontuações acima de 8 indicam sintomas somáticos significativos e prováveis transtornos dissociativos ou conversivos. Com base nos dados apresentados foi possível comprovar que no geral o Alfa de Cronbach para a escala apresentou-se satisfatório com valor de 0.7.

Os resultados dos escores das médias para cada um dos itens da SDQ-5 são apresentados na Tabela 6.

Tabela 2. Escores das médias dos 5 itens da SDQ-5

<i>Itens</i>	<i>Média (M)</i>	<i>Desvio Padrão (DP)</i>
1. Sinto dor ao urinar?	0.43	0.89
2. O meu corpo, ou parte dele, fica insensível à dor?	0.87	1.26
3. Vejo as coisas à minha volta de forma diferente do habitual (por exemplo, como se olhasse através de um túnel ou vendo apenas uma parte de um objecto)?	0.71	1.20
4. É como se meu corpo, ou parte dele, desaparecesse?	0.59	1.09
5. Não consigo ouvir por momentos (como se ficasse surdo/a)?	0.78	1.19

Fonte: Dados do trabalho de campo

Comprova-se na tabela acima que os itens que mais incidiram nos TSS dos alunos foram o Item 2 “*O meu corpo, ou parte dele, fica insensível à dor?*” (M = 0.87 e DP = 1.26) e o Item 5 “*Não consigo ouvir por momentos (como se ficasse surdo/a)?*” (M = 0.78 e DP = 1.19).

A partir destes resultados, há que considerar que os TSS podem conduzir a problemas sociais e psicológicos, ocorrendo em adolescentes que podem se tornar incapazes de trabalhar ou estudar e que do ponto de vista médico, muitas das vezes os pacientes com estes transtornos não recebem o tratamento adequado pelo que podem ficar expostos a procedimentos iatrogénicos. Há uma clara deterioração da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares.

Considerando que os escores da escala DSM-5 variam de 0 a 20 pontos e que as pontuações acima de 8 indicam TSS significativos e prováveis transtornos dissociativos ou conversivos, foram assumidos os critérios apresentados na Tabela 7 para caracterizar os elementos da amostra.

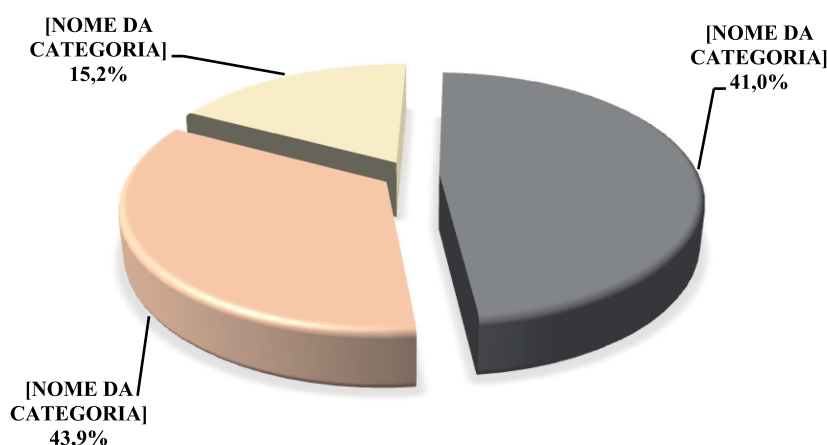
Tabela 3. Critérios de avaliação dos TSS

<i>Valores</i>	<i>Critérios</i>
<i>0</i>	Sem TSS
<i>De 1 a 7</i>	Com TSS não significativo
<i>De 8 a 20</i>	Com TSS significativo

Fonte: Elaboração própria

A partir destes critérios os resultados mostraram que 107 alunos (43,9%) foram categorizados “Sem TSS”, 100 alunos (41,0%) “Com TSS não significativo” e 37 alunos (15,2%) “Com TSS significativos”, esta distribuição é apresentada no Gráfico 2.

Gráfico 1. Distribuição da amostra por níveis de TSS



Fonte: Dados do trabalho de campo

Na Tabela 8 se comprova que dos 31 alunos que apresentam TSS significativos, 67.7% não tinham causa comprovada desde o ponto de vista médico; o resto, 32.3% manifestaram ter causa mas não especificaram o tipo.

Tabela 4. Alunos que manifestam TSS significativos

	<i>Sem Causa</i>		<i>Com Causa</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Alunos com TSS significativos</i>	21	67.7	10	32.3

Fonte: Elaboração própria

A característica essencial da somatização é um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas, sendo muito mais comum nas mulheres do que nos homens. Como se apresenta na Tabela 9, dos 21 alunos que apresentam TSS significativos 62.0% correspondem ao sexo feminino e 38.0% ao sexo masculino.

Tabela 5. Género dos alunos com TSS significativos sem causa

	<i>Feminino</i>		<i>Masculino</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Alunos com TSS significativos</i>	18	12,6	19	18.8

Fonte: Elaboração própria

Há que lembrar que a presença de sintomas conversivos ou dissociativos na ausência de patologia médica, uso de substância ou que não são mais bem entendidos através de outro transtorno mental, é considerado como transtorno conversivo ou dissociativo. Estes sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Uma queixa somática, segundo o DSM-5 (2013), deve ser considerada clinicamente significativa se resultar em tratamento médico (tomar um remédio ou submeter-se a uma cirurgia) ou causar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

4.3 Avaliação do TSPT da amostra

Para avaliar o sofrimento subjectivo da amostra foi utilizada a *Escala de Impacto de eventos para Crianças (CRIES-13)*(Anexo 5). Esta escala é uma versão da Escala de Impacto de Sucessos Revista com nome original Impact of Event Scale-Revised (IES-R criada por Horowitz, Wilner e Álvarez em 1979). A CRIES-13 é uma escala do tipo *Likert* (o escore para cada questão varia de 0 a 3 pontos) no qual o indivíduo responde às questões baseando-se nos 7 dias anteriores à aplicação da escala e desenvolvida para auto-aplicação, é composta de 13 itens distribuídos em 3 subescalas (intrusão, evitação e hipervigilância) que contemplam os critérios de avaliação TSPT publicados no DSM-5.

Com base nos dados apresentados na Tabela 12 em baixo, é possível observar que no geral o Alfa de Cronbach para a CRIES-13 apresentou-se satisfatório tanto para as dimensões como para a escala geral. Autores como Hair Jr. et al. (2005) sugerem que para que o Alfa de Cronbach seja aceitável, os valores sejam iguais ou superiores a 0,70, sendo aceito 0,60 em pesquisas de carácter exploratório.

Tabela 6. Análise da confiabilidade da escala através do Alfa de Cronbach

<i>Dimensão</i>	<i>Itens</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
<i>Intrusão</i>	1, 4, 8 e 9	0.745
<i>Evitamento</i>	2, 6, 7 e 10	0.836
<i>Hipervigilância</i>	3, 5, 11, 12 e 13	0.709
	<i>Geral</i>	0.900

Fonte: Dados do trabalho de campo. Elaboração própria

No que se refere à dimensão *intrusão* (Tabela 13), o resultado apontou que a média da subescala é de 1.38 e o Item 8 “*Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?*” foi o de maior média (M = 1.64).

Tabela 7. Dados descritivos da dimensão intrusão

<i>DIMENSÃO / ITENS</i>	<i>DESCRIPTIVOS</i>						
I. INTRUSÃO	0	1	2	3	SOMA	MÉDIA	DP
1. Pensas sobre isso mesmo quando não o queres fazer?	55	24	79	16	230	1.32	1.020
4. Tens ondas de sentimentos fortes sobre isso?	80	25	11	58	221	1.27	1.339
8. Aparecem imagens na tua mente do que aconteceu?	52	7	63	51	286	1.64	1.197
9. Outras coisas continuam a fazer-te pensar sobre isso?	69	12	70	23	221	1.27	1.123
MÉDIA DA DIMENSÃO I						1.38	

Fonte: Dados do trabalho de campo. Elaboração própria

Na dimensão *evitamento* (Tabela 14), o resultado apontou que a média da subescala é de 1.61 e o Item 7 “*Tentas não falar sobre isso?*” foi o de maior média (M = 1.82).

Tabela 8. Dados referentes à dimensão evitação

<i>DIMENSÃO / ITENS</i>	<i>DESCRIPTIVOS</i>						
II. EVITAMENTO	0	1	2	3	SOMA	MÉDIA	DP
2. Tentas remover isso da tua memória?	40	15	74	45	298	1.71	1.090
6. Afastas-te de recordações, lugares, ou situações que te fazem lembrar o que se passou?	61	25	15	73	274	1.57	1.340
7. Tentas não falar sobre isso?	42	23	34	75	316	1.82	1.226
10. Tentas não pensar sobre isso?	54	38	51	31	233	1.34	1.099
MÉDIA DA DIMENSÃO II						1.61	

Fonte: Dados do trabalho de campo. Elaboração própria

Na dimensão *hipervigilância* (Tabela 15), o resultado apontou que a média da subescala é de 1.31 e os: Item 3 “*Tens dificuldade em prestar atenção ou de concentração?*” e o Item 5 “*Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disto acontecer?*” foram os de maior média com M = 1.47.

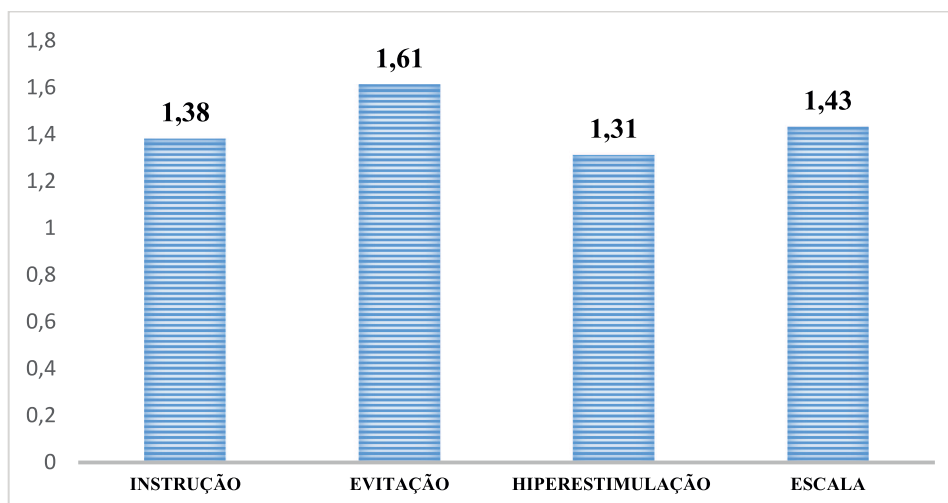
Tabela 9. Dados referentes à dimensão hipervigilância

<i>DIMENSÃO / ITENS</i>	<i>DESCRIPTIVOS</i>						
III. HIPERVIGILÂNCIA	0	1	2	3	SOMA	MÉDIA	DP
3. Tens dificuldade em prestar atenção ou de concentração?	51	23	68	32	255	1.47	1.100
5. Assustas-te mais facilmente ou sentes-te mais nervoso do que antes disto acontecer?	58	5	83	28	255	1.47	1.116
11. Ficas facilmente irritável?	46	27	78	23	252	1.45	1.023
12. Estás alerta e vigilante mesmo quando não há necessidade óbvia de o estares?	88	17	15	54	209	1.20	1.343
13. Tens problemas em dormir?	93	12	54	15	165	0.95	1.093
MÉDIA DA DIMENSÃO II						1.31	

Fonte: Dados do trabalho de campo. Elaboração própria

No relacionado com o total da escala CRIES-13, os dados descritivos mostram que a média foi de 1.43 como DP = 0.787.

Gráfico 2. Resumo das médias nas 3 dimensões e da escala geral



Fonte: Dados do trabalho de campo. Elaboração própria

Uma análise comparativa referente às médias de cada dimensão (Gráfico 3 acima), mostra que a dimensão de maior média refere-se à “evitação” (M = 1.61), (Itens 2, 6, 7 e 10), essa dimensão, como já apontado, está ligada a uma tentativa desesperada do sujeito de evitar contacto com tudo que relembre o trauma, o paciente evita falar, pensar ou ir a locais associados ao trauma.

A correcção e interpretação da CRIES-13 se realiza a partir da pontuação total, que pode ter valores entre 0 e 39, se obtém somando as pontuações de todos os itens, estabelecendo-se logo pontos de corte: 8.5 para as pessoas com TSPT leve, 29 para os que apresentam TSPT moderado e mais de 30 para os que apresenta TSPT grave (Tabela 16).

Tabela 10. Critérios de avaliação dos TSPT

<i>Valores</i>	<i>Critérios</i>
<i>De 0 a 29</i>	Leve ou moderado
<i>De 30 a 39</i>	Grave

Observamos que 79.8% da amostra apresenta “TSPT Leve” ou “TSPT Moderado” e 20,2% apresenta “TSPT Grave”.

De acordo com Dohrenwend et al. (1993) na análise do diagnóstico do TSPT é necessário ter em conta aspectos como: as características genéticas do indivíduo, as suas experiências passadas relativas a doenças físicas e transtornos psiquiátricos, as suas características de personalidade, as suas crenças e valores, entre outros aspectos.

4.4. Identificação dos acontecimentos traumáticos

Para identificar os acontecimentos traumáticos a que foram expostos os alunos foi utilizada a Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens (LAGS-CJ), adaptado por Sousa (2014) com base na Entrevista para Crianças: *Traumatic Events Screening Inventory* (TESI-C) (Anexo 4). Os estudos realizados com o LAGS-CJ têm demonstrado que a escala apresenta boa consistência interna. Com base nos dados apresentados neste estudo foi possível comprovar que no geral o Alfa de Cronbach para a escala apresentou-se satisfatório com valor de 0.836. A versão da LAGS-CJ utilizada neste estudo foi adaptada por Maria do Céu Sousa Moreira em 2014. A investigadora realizou um mínimo de modificações, mantendo a estrutura e a ordenação original dos itens e introduzindo somente as alterações consideradas indispensáveis à facilitação da sua compreensão, considerando-se a equivalência semântica do conteúdo.

A realização da análise dos 25 itens que compõem a escala implicou o estudo descritivo dos itens (Tabela 9), que permitiu identificar a frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS-CJ e das pessoas envolvidas nos diferentes acontecimentos e dos contextos em que estes ocorrem.

Tabela 17: *Frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS-CJ, frequência do pior acontecimento e descritivas da idade da exposição*

Acontecimentos	Frequência de Exposição		Frequência do pior		Idade	
	N	%	N	%	M	DP
1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?	131	53,7	3	1,2	12,71	2,38
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	158	64,8	2	,8	12,41	1,90
3. Alguma vez tiveste que passar a noite no hospital ou fazer uma operação?	95	38,9	2	,8	13,12	1,84
4. Alguma vez tiveste que ir para longe dos teus pais ou família por um longo período de tempo?	110	45,1	3	1,2	10,71	2,49
5. Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?	106	43,4	18	7,4	10,42	2,12

6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	68	27,9	4	1,6	12,71	1,72
7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?	169	69,3	20	8,2	12,15	2,45
8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?	96	39,3	12	4,9	11,29	2,37
9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?	120	49,2			11,85	2,28
10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?	158	64,8	16	6,6	13,03	1,65
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	65	26,6			13,20	1,57
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	11	4,5	1	,4	12,80	4,38
13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	142	58,2	8	3,3	12,60	1,36
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	175	71,7	30	12,3	12,72	1,64
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?	141	57,8	16	6,6	13,53	1,52
16. Algum dos teus pais já foi preso? Ou alguma vez a polícia foi a tua casa e disse que tu ou a tua família estavam em apuros?	84	34,4	8	3,3	11,25	1,92
17. Já assististe a pessoas de fora de tua casa a lutarem ou a dispararem tiros contra alguém?	59	24,2	10	4,1	11,47	3,40
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não queria+++s?	120	49,2	19	7,8	12,42	1,59
19. Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?	124	50,8	9	3,7	11,94	1,57
20. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	168	68,9	10	4,1	12,61	1,48
21. Já alguma vez te humilharam publicamente?	115	47,1	5	2,0	12,67	1,91
22. Já foste maltratado na escola?	84	34,4	12	4,9	12,18	1,72
23. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	64	26,2	2	,8	11,02	1,62
24. Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?	93	38,1	7	2,9	-	-
25. Para além destes acontecimentos, existiu algum que não tenha sido mencionado nesta lista, e que te tenha marcado negativamente?	77	31,6	-	-	-	-

A análise dos resultados da Tabela 17 permite constatar que os itens 1, 2, 7, 10, 13, 14, 15, 19 e 20 correspondem a os acontecimentos com maior frequência de exposição, sobressaem nesta análise os Item 7 “*Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?*” (n= 169; 69.3%da amostra) e o Item 14 “*Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?*” (n= 175; 71.7% da amostra). Relativamente ao Item 24 “*Alguma vez viveste um acontecimento em sala de aula que te marcou negativamente?*” dos 244 alunos da amostra, 93 (38.1%) afirmaram ter vivido um acontecimento em sala de aula negativo, mas nenhum deles manifestou qual foi o acontecimento. Da mesma forma, no Item 25 “*Para além destes acontecimentos, existiu algum que não tenha sido mencionado nesta lista, e que te*

tenha marcado negativamente?”, 77 (31.6%) responderam afirmativamente, mas sem especificar o tipo de acontecimento. Comprova-se na tabela que a média de idades que os alunos tinham quando estes acontecimentos ocorreram, variou entre 10 e 13 anos.

Tabela 18: *Descrição Frequência das pessoas envolvidas nos diferentes acontecimentos e dos contextos em que estes ocorrem*

Acontecimentos	Quem esteve envolvido %			Contexto %		
	Pais	Profs.	Amigos	Escola	Casa	Outro
1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?	24,6	1,5	26,9	1,6	18,6	79,8
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	2,5	-	25,5	1,3	15,8	82,9
6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	4,5	-	19,4	9,0	11,9	79,1
7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?	37,1	18,6	35,3	25,7	37,1	37,1
8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?	25,0	-	19,8	3,1	43,8	53,1
9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?	15,1	3,4	10,9	9,2	37,0	53,8
10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?	16,5	36,1	25,3	67,1	10,1	22,8
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	-	-	3,1	17,2	-	82,8
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	-	11,1	22,2	11,1	11,1	77,8
13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	11,3	-	23,	,7	21,8	-
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	55,6	-	3,5	,6	69,2	30,2
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?	32,8	-	2,2	,7	64,5	34,8
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias?	24,8	6,8	34,5	18,4	32,5	49,1
19. Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?	16,9	55,6	12,9	63,7	29,0	7,3
20. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	28,6	20,2	26,2	23,8	41,7	33,9
21. Já alguma vez te humilharam publicamente?	26,5	20,4	44,2	31,9	18,6	46,9
22. Já foste maltratado na escola?	2,4	52,4	9,8	89,0	3,7	7,3
23. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	56,3	10,9	3,1	12,5	82,8	4,7

A Tabela 18 também apresenta as pessoas que tiveram mais envolvidas nos diferentes acontecimentos traumáticos em que participaram os alunos, retirando os itens 3, 4, 5, 16 e 17 pois eles estão associados diretamente aos pais. Os professores foram os mais envolvidos nos acontecimentos apresentados nos Itens 10, 19 e 22 (*Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas? Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas? E Já foste maltratado na escola?*); os pais foram os mais envolvidos nos Itens 7, 8, 9, 14, 15, 20 e 23; os amigos foram os mais envolvidos nos Itens 1,2, 6, 12, 13, 18 e 21; observa-se também que os acontecimentos apresentados nos Itens 19 ocorreram mais vezes na escola; Os que correspondem aos Itens 14, 15, 20 e 23 ocorreram mais vezes na casa.

4.5 Estudo dos acontecimentos que produzem mais efeito na sintomatologia traumática

Tabela 19: *Diferenciação no valor de stress traumático em jovens que foram expostos a determinados acontecimentos*

Acontecimentos	CRIES 13				t	p
	Exposto		Não Exposto			
	M	DP	M	DP		
<u>1. Já estiveste envolvido num acidente grave (por exemplo um acidente de carro, uma queda ou um incêndio)?*</u>	18,3	10,02	15,2	10,6	-2,3	,02
2. Já assististe a algum acidente grave no qual não estavas diretamente envolvido?	17,8	9,9	15,3	11,1	-1,7	,08
3. Alguma vez tiveste que passar a noite no hospital ou fazer uma operação?	18,4	10,5	15,8	10,2	-1,8	,05
<u>4. Alguma vez tiveste que ir para longe dos teus pais ou família por um longo período de tempo?***</u>	18,9	10,2	15,2	10,2	-2,8	,005
<u>5. Alguns dos teus pais teve que se ausentar por um longo período de tempo ou definitivamente?***</u>	19,0	10,2	15,3	10,2	-2,8	,005
6. Alguém já te atacou ou tentou ferir-te gravemente de propósito, tal como, bater, sacudir, morder, queimar, sufocar, esfaquear, ou dar-te um tiro?	17,5	8,7	16,6	11,0	-,64	,52
<u>7. Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?*</u>	17,9	10,0	14,5	10,8	-2,3	,02
<u>8. Já tiveste que ir ao médico ou hospital por alguém te ter magoado fisicamente?*</u>	18,7	9,6	15,7	10,7	-2,2	,02
<u>9. Já alguém te ameaçou que te ia magoar com gravidade?***</u>	19,4	9,8	14,4	10,3	-3,8	,00
<u>10. Já alguma vez te sentiste ridicularizado perante os teus colegas?***</u>	18,4	10,1	13,8	10,2	-3,4	,00
11. Alguém já te assaltou ou te segurou para te roubar?	18,2	8,9	16,3	10,8	-1,2	,20
12. Alguém já te sequestrou ou te levou embora quando não era suposto?	19,2	12,0	16,7	10,3	-,77	,44

13. Já alguma vez foste atacado por um cão ou por outro animal?	17,7	9,6	15,7	11,3	-1,5	,12
14. Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?	17,2	10,1	16,1	11,0	-,72	,46
15. Mesmo que não tenhas visto nenhum familiar teu a agredir fisicamente outro, já ouviste pessoas na tua família a agredirem-se verbalmente?*	18,6	10,2	14,4	10,1	-3,2	,00
16. Algum dos teus pais já foi preso? Ou alguma vez a polícia foi a tua casa e disse que tu ou a tua família estavam em apuros?	18,3	10,1	16,1	10,4	-1,5	,11
17. Já assististe a pessoas de fora de tua casa a lutarem ou a dispararem tiros contra alguém?	16,5	10,3	17,0	10,4	,27	,78
18. Já alguém te obrigou a fazer coisas que não querias?	18,1	10,4	15,6	10,2	-1,8	,06
19. Já alguma vez te fizeram sentir que as tuas capacidades de aprendizagem eram reduzidas?	17,9	9,8	15,7	10,9	-1,6	,09
20. Já alguém teve atitudes contigo ou disse algumas coisas que te fizeram sentir muito triste ou com medo?	17,2	9,7	16,2	11,7	-,70	,48
21. Já alguma vez te humilharam publicamente?	17,8	9,7	16,0	10,9	-1,2	,20
22. Já foste maltratado na escola?	17,2	10,7	16,7	10,2	-,32	,74
23. Já sentiste que foste demasiado punido fisicamente?	18,9	10,8	16,1	10,1	-1,8	,06

Pode-se observar pelos dados apresentados na Tabela 20, que para um nível de significância $p \leq 0.05$, existe correlação estatisticamente significativa (embora fraca), entre as variáveis TSPT e TSS. Também se verifica correlação significativa entre o número de exposições traumáticas diferentes e três dos sintomas avaliados, assim como, com o total do SDQ-5. Tabela20. Correlação de Pearson entre as variáveis TSS e TSPT

Tabela 20:

	Nº traumas	CRIS-13	Intrusão	Evitamento	Hipervigilância
1. Sinto dor ao urinar?	,14*	,19**	,20**	,15**	,17**
2. O meu corpo, ou parte dele, fica insensível à dor?	,11	,18**	,18**	,14**	,17**
3. Vejo as coisas à minha volta de forma diferente do habitual (por exemplo, como se olhasse através de um túnel ou vendo apenas uma parte de um objeto)	,15*	,17**	,13*	,19**	,15*
4. É como se o meu corpo, ou parte dele, desaparecesse	,12	,23**	,19**	,23**	,21**
5. Não consigo ouvir por momentos (como se ficasse surdo/a)	,15*	,22**	,17**	,21**	,22**
SDQ-5 Total	,17**	,25**	,21**	,23**	,23**

Correlacionando os acontecimentos traumáticos com os sintomas somáticos, verificamos que aparecem associados a aumentos dos sintomas traumáticos, por ordem decrescente de impacto, os seguintes acontecimentos: 9, 10, 19, 20, 3, 2 e 15.

V DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste Capítulo apresenta-se a discussão dos resultados encontrados, e uma reflexão que considera resultados obtidos em estudos anteriores além de reflexões explicativas relacionadas com as particularidades do estudo.

O estudo foi realizado numa das escolas do Primeiro Ciclo do Ensino Secundário do Huambo, numa área de estrutura urbana ao Leste da Cidade do Huambo. Nesta localidade, os acontecimentos violentos constituem uma grande preocupação da população, onde se relatam casos de pessoas que sofrem de violência familiar, convivendo quotidianamente com actos com elevado potencial de magoar; sendo a violência física a que se manifesta em maior proporção, mostrando-se ainda incipiente o delineamento de políticas públicas endereçadas às crianças e adolescentes que sofrem violência em seus lares, escolas e na comunidade em geral.

O estudo realizado seguiu uma metodologia que integrou classificações: quanto à forma de abordagem do problema; quanto aos objectivos gerais e quanto aos procedimentos técnicos. No que se refere à sua abordagem, se realizará um estudo misto (quantitativo-qualitativo); no que se refere aos objectivos, o estudo é exploratório, descritivo e correlacional e quanto aos procedimentos técnicos utilizados, para analisar os factos do ponto de vista empírico e para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, recorreu-se ao estudo de caso.

A população para o estudo foi seleccionada considerando o aumento da prevalência de TSS somáticos em crianças e adolescentes angolanos; nessa etapa da vida ocorrem transformações físicas e psicológicas, sendo um período no qual estes sujeitos se deparam com enfrentamento de situações que podem gerar *stress*. A partir disso seleccionou-se uma amostra que se define como não-probabilística, por conveniência, constituída por 244 alunos da 9º e 10º Classe das escolas do Huambo-Angola.

Segundo Kellner (2007), o estudo do TSS deve ser realizado com indivíduos que apresentam qualquer número de sintomas somáticos, desde que esses sintomas sejam acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados e estes sintomas ou preocupações estejam associadas com a saúde. A partir disso, a presente investigação permitiu a compreensão das temáticas ligadas aos transtornos de conduta; aprofundar sobre os conhecimentos sobre sintomas somáticos dissociativos ou

conversivos; identificar acontecimentos traumáticos e avaliar o nível de TSPT, todo em relação à amostra estudada.

A definição operacional das variáveis se fez através da indicação pormenorizada e empírica dos procedimentos necessários para sua medição. Realizando-se inicialmente uma caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas, para tanto, os sujeitos da amostra preencheram uma ficha de dados sociodemográficos, que permitiu recolher informações, de natureza diversa, resultando desta análise que a amostra teve constituída maioritariamente por alunos do sexo feminino, encontrando-se de forma geral entre os 14 e 19, a maior parte deles vivem (65.0%) vivem com mãe e pai e têm geralmente entre 0 e 6 irmãos.

No relacionado com a variável idade da amostra, há que considerar que o TSS é um transtorno crónico que raramente apresenta remissão ou cura completa. É raro passar um ano sem que o indivíduo busque algum atendimento médico, normalmente levado por queixas somáticas medicamente inexplicáveis. Os critérios de diagnóstico tipicamente são satisfeitos antes dos 25 anos, mas os sintomas iniciais, frequentemente estão presentes desde adolescência. Assumpção (2006) refere que a associação de múltiplas situações de risco e traumas constantes que ameaçam a integridade corporal e emocional dos adolescentes pode contribuir para a fragmentação da sequência das etapas de desenvolvimento e de aquisição das habilidades necessárias ao aprendizado e ao desempenho dos papéis sociais.

No que se refere ao estudo do TSS dissociativo ou conversivo foi utilizado o *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-5) criada e desenvolvida por Nijenhuis e Vanderlinden. Os resultados obtidos mostram que 47.7% dos alunos foram categorizados “Sem TSS”, 34.5% “Com TSS não significativo” e 17.8% “Com TSS significativos”. Dos 31 alunos que apresentaram TSS significativos, 67.7% não tinham causa comprovada desde o ponto de vista médico; o resto, 32.3% manifestaram ter causa mas não especificada. Comprovou-se que dos 21 alunos que apresentam TSS significativos sem causa médica comprovada, 62.0% correspondem ao sexo feminino e 38.0% ao sexo masculino.

Nesse contexto, Kellner (2007) refere que a característica essencial do TSS é um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas, sendo muito mais comum nas mulheres do que nos homens. O TSS tem sido relatado com maior frequência em populações rurais, indivíduos com situação socioeconómica inferior e indivíduos menos familiarizados com conceitos médicos e psicológicos.

De acordo com o DSM-5 (2013), o diagnóstico do TSS é aplicado a indivíduos que apresentam qualquer número de sintomas somáticos, desde que esses sintomas sejam acompanhados por pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou preocupações associadas com a saúde. Bombana (2006) refere que a literatura aponta que quadros clínicos sem causas médicas aparentes, tratados como sintomas somáticos, têm sido abordados pela medicina como dificuldades físicas e orgânicas compatíveis com exames laboratoriais, e são atreladas a factores psicossociais e factores de *stress*.

Para identificar os acontecimentos traumáticos a que foram expostos os alunos foi utilizada a Lista de Acontecimentos Geradores de Stress para crianças e jovens (LAGS-CJ), adaptado por Sousa (2014) com base na Entrevista para Crianças: *Traumatic Events Screening Inventory* (TESI-C). A realização da análise dos 25 itens que compõem a escala permitiu identificar a frequência de exposição aos acontecimentos da LAGS-CJ e das pessoas envolvidas nos diferentes acontecimentos e dos contextos em que estes ocorreram. A análise dos resultados permitiu constatar que os itens 1, 2, 7, 10, 14 e 20 foram os acontecimentos com maior frequência de exposição, sobressaindo o Item 7 “*Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?*” (F = 122; 70.1% da amostra). Os alunos consideraram que o pior acontecimento foi o correspondente ao Item 14 “*Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?*” (14.0%).

Segundo Eisenstein e Lidchi (2004), as situações de violência, que variam da desnutrição crónica primária a infecções e hospitalizações frequentes por doenças, a lesões corporais, abusos sexuais, casos de negligência e do abandono familiar, vão tendo um efeito cumulativo, crónico e progressivo e causam atrasos no desenvolvimento cerebral e cognitivo, transtornos de aprendizagem, repetências e exclusão escolar, além do aumento de problemas mentais como depressão, TSS, convulsões, abusos de drogas e álcool e transtornos de conduta.

Para avaliar o TSPT da amostra foi utilizada a Escala de Impacto de eventos para Crianças (CRIES-13). A média da escala foi $M = 1.43$ como $DP = 0.787$. A análise comparativa referente às médias de cada dimensão mostrou que a dimensão de maior média refere-se à “evitação” ($M = 1.61$; Itens 2, 6, 7 e 10), essa dimensão, está ligada a uma tentativa desesperada do sujeito de evitar contacto com tudo que relembre o trauma, evitando falar, pensar ou ir a locais associados ao trauma. Os resultados também mostraram que 21.8%

da amostra apresentam “TSPT Leve”, 33.3% apresentam “TSPT Moderado” e 49.9% apresentam “TSPT Grave”.

Lloyd e Turner (2003) assinalam que histórico de adversidades, mesmo que os acontecimentos não sejam objectivamente considerados traumáticos para o diagnóstico de TSPT, pode aumentar o risco da doença. Para os autores, eventos como divórcio dos pais e ser reprovado na escola, mesmo não considerados ameaçadores à integridade física da pessoa, poderiam ser preditores distais do TSPT.

A determinação através dos coeficientes de correlação entre as variáveis TSPT e TSS permitiu comprovar a existência decorrelações entre estas variáveis (embora fraca) para um nível de significância $p \leq 0.05$. Segundo Marmar et al. (2006), o ressurgimento do interesse sobre uma ligação entre trauma e sintomas somáticos foi impulsionado por estudos empíricos que apoiam uma forte relação entre dissociação no momento do trauma, um fenómeno que esses autores caracterizam por dissociação peritraumática, e o desenvolvimento subsequente de TSPT.

VI CONCLUSÕES

Neste trabalho abordámos o assunto relacionado com avaliação de TSS conversivos ou dissociativos após acontecimentos traumáticos em alunos da 9º e 10ª Classe da Escola das escolas do Huambo-Angola, com o objectivo de avaliar a prevalência destes sintomas na população estudada, identificação dos AT e os índices de TSPT; objectivos que foram atingidos satisfatoriamente.

Em virtude dos factos mencionados conclui-se que, numa amostra de 244 alunos com idades compreendidas entre os 14 e 19 anos, maioritariamente do sexo feminino, Conclui-se que 47.7% dos alunos foram categorizados “Sem TSS”; 34.5% “Com TSS não significativo” e 17.8%) “Com TSS significativos”. Dos 31 alunos que apresentaram TSS significativos, 67.7% não tinham causa comprovada, sendo estes maioritariamente do sexo feminino. Por isso, considera-se fundamental a intervenção por meio de orientação e técnicas de intervenção em crise, permitindo que estes alunos possam ser ajudados a resolver os frequentes problemas psicossociais significativos com que se defrontam.

Também conclui-se que os alunos foram expostos a variados AT em diferentes contextos, sendo o acontecimento mais referido, “*Já sentiste que és tratado de forma diferente dos outros?*” (F = 122; 70.1% da amostra); sendo que o pior acontecimento referido foi “*Já viste pessoas da tua família a lutarem ou a atacarem-se uns aos outros?*” (14.0%). Há que considerar que estes AT impõe ao aluno um trabalho psíquico intenso, demandando a disponibilidade de recursos internos capazes de reorganizar os elementos integrantes do Eu e a relação do Eu com o mundo externo. Neste sentido, seria importante assumir o critério de que os AT a que podem estar expostos estes alunos, puderam permanecer em seu psiquismo como situações potencialmente traumáticas com tendência a produzir um trauma impeditivo do seu desenvolvimento.

O estudo realizado também permitiu concluir que 20.2% dos alunos apresentam “TSPT Grave”. A análise comparativa referente às médias de cada dimensão mostrou que a dimensão de maior média refere-se ao evitamento (M = 1.61; Itens 2, 6, 7 e 10). Estes resultados devem fazer reflectir à comunidade em geral sobre a relação que existe entre a severidade dos AT e os níveis de TSPT das crianças e adolescentes; mesmo que os AT não sejam objectivamente considerados traumáticos para o diagnóstico de TSPT, pode aumentar o risco da doença.

Poder-se-á afirmar que apesar do exposto neste trabalho de investigação, existe a consciência que muito ficou ainda por dizer, bem como, muitas outras concepções por operacionalizar; considerando no particular que uma das principais limitações desta investigação prende-se com sua abrangência pelo curto período de tempo e o número de instrumentos utilizados. Pelo que, ao nível das investigações futuras nesta área, seria relevante compreender de uma forma mais abrangente a dinâmica por detrás do funcionamento psíquico das pessoas submetidas a acontecimentos traumáticos.

Considero também que no estudo realizado foi de muita importância o uso de escalas como SDQ-5, LAGS-CJ e CRIES-13, para um diagnóstico propedêutico dos aspectos que estavam relacionados com os TSS dissociativos ou conversivos da amostra. Desta forma, esta investigação é um passo importante, embora rudimentar, na área de intervenção em crise que se encontra em desenvolvimento em Angola, permitindo ter uma estrutura conceptual que ajuda na intervenção com indivíduos que vivenciaram e vivenciam situações potencialmente traumáticas.

VII BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4^a ed.* Text Revision. Washington, DC.
- Anda, R. et al. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology.* Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci.
- Assumpção, B. (2006). *Transtornos afetivos da infância e da adolescência. 3^a ed.* São Paulo: Lemos Ed. e Gráficos.
- Bolosoni-Silva, A. & DelPrette, A. (2003). *Problemas de comportamento: um panorama da área.* Porto Alegre. Bookman.
- Bombana, J. (2006). *Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica.* Rio de Janeiro. Jornal Brasileiro de Psiquiatria., v. 55, n. 4.
- Bordin, I. (2000). *Factores de risco para comportamento anti-social na adolescência e início da vida adulta.* Dissertação de tese de doutorado. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.
- Borges, E. et al. (2004). *Espiritualidade e qualidade de vida.* Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Campo, J. (2012). *Annual Research Review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression, developmental psychopathology in pediatric practice.* Baltimore, Maryland. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Casotti, G. (2003). *O Programa “Redução do Stress e Qualidade de Vida”: uma estratégia do Serviço Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis na promoção da saúde mental de seus servidores.* Rio de Janeiro: Campos LTDA.
- Chrousos, G.& Gold, P. (2006). *Stress, basic mechanisms and clinical implications.* New York. AcademyofSciences.
- Cortina, A. & Martínez, E. (2009). *Ética.* (2 ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- Dohrenwend, B. et al. (1993). *The structured event probe and narrative rating method SEPRATE for measuring stressful life events. 2^aed.* New York: Free Press.
- DSM-5. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5^a ed.* Washington: American Psychiatric Association.
- Duarte, A. (2011). *Corporate social responsibility from an employees’ perspective: contributes for understanding job attitudes.* Dissertação de Doutorado em Psicologia

Social. Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE. Rio de Janeiro: Campos LTDA.

- Earls, F. (2004). *Oppositional-defiant and conduct disorders*. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- Eisenstein, E. & Lidchi, V. (2004). *Abusos e protecção de crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: CEIIAS-ISPCAN.
- Ferreira, A. (2000). *Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Figueira, I. & Mendlowicz, M. (2005). *Diagnóstico do TSPT*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Fonseca, H. (2005). *Compreender os adolescentes, um desafio para pais e educadores*. 4ª edição. Lisboa. Editorial Presença.
- Ford, C. & Folks, D. (2005). *Conversion disorders: an overview*. *Psychosomatics*. 5ª ed. Washington, DC. Text Revision.
- Foster, J. et al. (2004). *Gender differences in Posttraumatic Stress and Related symptoms among Inner-city minority youth exposed to Community Violence*. England. Cambridge University Press.
- França, A. & Rodrigues A. (2007). *Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática*. 4ª ed. São Paulo. Atlas.
- Garnezy, N. (2007). *Stressors of childhood*. 3ª ed. New York. Johns Hopkins University Press.
- Giannopoulou, I. et al. (2006). *Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake*. *Personality and Individual Differences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GIL, A. (2008). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Hair Jr., J. et al. (2005). *Fundamentos de métodos de Pesquisa em administração*. Porto Alegre. Bookman.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. 5ª ed. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Kellner, R. (2007). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. 5ª ed. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Kelly, T. et al. (2008). *Attention and executive function deficits in adolescent sex offenders*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Kim, K. et al. (2010). *Childhood experiences of sexual abuse and later parenting practices among non-offending mothers of sexually abused and comparison girls*. New York. Academy of Sciences.
- Kirmayer, L. & Robbins, J. (2007). *Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence and sociodemographic characteristics*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lipowski, Z. (2006). *Somatization: the concept and its clinical application*. 4^a ed. Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Lloyd, D. & Turner, J. (2003). *Cumulative adversity and Posttraumatic Stress Disorder: evidence from a diverse community sample of young adults*. Harvard. Business Review.
- Marmar, C. et al. (2006). *Stress responses of emergency personnel to the Loma Prieta earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents*. New York. Academy of Sciences.
- Moore, L. & Boehnlein, J. (2003). *Posttraumatic stress disorder, depression, and somatic symptoms*. Cambridge. University Press.
- Morihisa, R. et al. (2007). *Labeling disorder: the relationship between conduct problems and drug use in adolescents*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Nijenhuis, V.H. & Vanderlinden, A. (2010). *The Scoring and Interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5*. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Pelcovitz, D. et al. (2005). *Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES)*. 3^a ed. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- Pynoos, R. et al. (2007). *A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders*. 4^a ed. New York. Academy of Sciences.
- Quartilho, M. (2016). *O processo de somatização, conceitos, avaliação e tratamento*. Coimbra. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Richardson, R. (2009). *Pesquisa Social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas.
- Rickert, V. & Jay, M. (2005). *Psychosomatic disorders: the approach*. Washington, DC. Text Revision.
- Sandler, J. (2008). *Trauma Project*. 5^a ed. New York. Johns Hopkins University Press.
- Severino, A. (2007). *Metodologia do trabalho científico: 23^a Edição*. Revista e actualizada 2^a reimpressão. São Paulo: Cortez.
- Silber, T. & Pao, M. (2003). *Somatization disorders in children and adolescents*. Washington, DC. *Pediatr Rev*.

- Sousa, M. (2014). *Avaliação do stress traumático em crianças e jovens expostos a acontecimentos difíceis*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Portucalense.
- Trombeta, L. & Guzzo, R. (2002). *Enfrentando o quotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. São Paulo. Campinas/SP: Alínea.
- Van Der Kolk, B. & McFarlane, A. (2006). *The black hole of trauma*. New York: The Guilford Press.
- Yin, R. (2005). *Estudo de Caso. Planeamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.