

CARACTERÍSTICAS DAS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICASBruna Buralli Brandão Sperotto¹Carolina Pereira Ataídes²Claudio Herbert Nina e Silva³¹*Acadêmica de Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Rio Verde (FAPSI-UNIRV).*²*Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Rio Verde, Goiás. Professora FAPSI-UNIRV.*³*Professor Adjunto FAPSI-UNIRV. Laboratório de Psicologia Anomalística e Neurociências (FAPSI-UNIRV)***Recebido em: 21/05/2020 – Aceito em: 14/08/2020**

Resumo: O objetivo do presente artigo foi descrever as principais características das doenças psicossomáticas. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre as características das doenças psicossomáticas. As doenças psicossomáticas são perturbações físicas resultantes de um conteúdo psicológico. O tema da psicossomática é de grande relevância social, havendo a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas para atentar a população ao cuidado com a saúde mental, como uma forma de prevenção, visto que a mesma pode influenciar no desenvolvimento de patologias clínicas. Os resultados do presente estudo evidenciaram que as principais características de pacientes psicossomáticos são: 1) ausência de uma etiologia biológica evidente ou a presença de fatores psicossociais que favorecem a ocorrência da etiologia biológica; 2) associação com estresse negativo (incluindo exacerbação da resposta fisiológica de estresse) e transtornos mentais e de comportamento (principalmente, depressão).

Palavras-chave: Doenças Psicossomáticas. Transtornos Mentais. Saúde Mental.

Abstract: The purpose of this article was to describe the main characteristics of psychosomatic diseases. This is a narrative review of the literature on the characteristics of psychosomatic diseases. Psychosomatic illnesses are physical disorders resulting from psychological content. The psychosomatic theme is of great social relevance, and it is necessary to develop public policies to treat the population with mental health care as a form of prevention, since it may influence the development of clinical pathologies. The results of the present study showed that the main characteristics of psychosomatic patients are: 1) lack of a clear biological etiology or the presence of psychosocial factors that favor the occurrence of biological etiology; 2) association with negative stress (including exacerbation of physiological stress response) and behavioral and mental disorders (mainly depression).

Keywords: Psychosomatic Diseases. Mental disorders. Mental health.

1. INTRODUÇÃO

As doenças psicossomáticas são queixas de sintomas físicos cuja origem biológica não é clara devido à ausência de marcadores biológicos de doença (PILAN E BENSEÑOR, 2008). Ou seja, para Dias e Zavarize (2016), a doença psicossomática é uma manifestação de conflitos e angústias através de sintomas físicos, sendo assim, a doença não possui uma causa orgânica, sendo uma perturbação física resultante de um conteúdo psicológico.

Alves e Espinha (2014) ressaltam que a formação médica valoriza aspectos biomédicos, de modo que os profissionais tenham dificuldades para lidar com aspectos emocionais e culturais, logo, os estudantes de medicina que se deparam com pessoas sem doenças orgânicas tem dificuldade em compreendê-las.

De acordo com Lazzaro e Ávila (2004), a formação médica tradicional está embasada no saber médico a partir do pensamento de Descartes:

O pensamento de Descartes, desde o século XVII, origem do paradigma cartesiano, é a principal influência do modelo que alicerça toda a moderna medicina científica. A ideia fundante é a separação mente/corpo. O corpo, ou a matéria, é explicado de acordo com princípios mecânicos, comparando-o ao funcionamento de uma máquina. Já a mente, instância separada, dá movimento ao corpo, mas de maneira puramente mecânica. Haveria, ainda segundo Descartes, uma interação entre ambos, porém de difícil junção, novamente e de forma harmônica (ALVES & ESPINHA, 2014, p.73).

Gonçalves (2016) conceitua o modelo biomédico como concepções que reduzem as causas das doenças a modelos de causalidade biológica e individual, sendo a doença explicada apenas como um fenômeno fisiológico. Condicionando uma visão individualista, fragmentada e descontextualizada dos comportamentos humanos relacionados à saúde e à doença. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Virchow (1858) apresenta o modelo biomédico, como teoria geral da doença, na qual os fatores etiológicos, são os físicos, químicos e biológicos, que levam a alterações anatomo-fisiológicas (patologia celular), surgindo então as manifestações clínicas (sinais+sintomas).

Dessa forma, Lazzaro e Ávila (2004) cita o despreparo de boa parte dos médicos em relação ao reconhecimento e tratamento de pessoas que “somatizam”, devido a prática médica estar voltada para a identificação e o tratamento dos distúrbios orgânicos ou dos transtornos mentais. Exemplificando que tal circunstancia leva o médico a um incomodo e procura dispensar rapidamente o paciente que, na sua opinião “não tem nada”, ou cujo problema “não está no corpo, mas na cabeça”. E é frequentemente diagnosticado como “distonia neuro-vegetativa” (DNV), que é a atribuição de sintomas a um mal funcionamento dos sistemas cardiovasculares, gastrointestinais, respiratório e urogenital, não sendo detectado de forma significativa através de exames, ou também utilizado o rótulo pejorativo de “peripaque”, “piti” ou “paciente poliqueixoso”

O modelo biopsicossocial da doença, proposto por Engel (1977) acredita em uma interação de 3 sistemas: Sistema biológico, composto pelas bases anátomo-fisiológicas da doença, e os efeitos biológicos da doença. Sistema psicológico, que são fatores psicodinâmicos, motivacionais e de personalidade em relação à doença. E, sistema social, são as influências sociais, culturais e familiares na expressão e na experiência da doença

Segundo DeMarco (2005), o modelo biopsicossocial propicia uma visão integral do ser e do adoecer em sua dimensão física, psicológica e social. A inserção desse modelo na formação do médico, faz com que além do aprendizado e evolução técnico-instrumentais, evolua também as capacidades relacionais que permitem o estabelecimento de um vínculo adequado e uma comunicação efetiva.

DeMarco (2003) aponta a relação da revolução tecnológica e a intensa aceleração dos processos, que repercutem na questão da escuta, devido à falta de tempo dos profissionais da atualidade para se dedicar à escuta dos doentes, sendo importante o tempo para a escuta da vida emocional e da vida psíquica do paciente. Além disso, relata que a maioria tanto dos profissionais dedicados ao ensino quanto dos estudantes e médicos, fazem uma análise restrita dirigida ao problema atual e de acordo com sua especialidade (DE MARCO, 2003).

Os estudos sobre psicossomática têm possibilitado o desenvolvimento de novas pesquisas e intervenções no campo na medicina em relação à somatização, fornecendo informações necessárias para o preparo de futuros médicos em relação a um atendimento adequado priorizando o modelo biopsicossocial. Como consequência, uma possível melhora na frequência de pacientes com somatização nos hospitais, gerando melhoras ao sistema de saúde, visto que os pacientes somatizadores fazem consultas constantes, exames muitas vezes sofisticados e tratamentos ineficazes, os quais geram altos custos desnecessários e superlotação nos hospitais. Dados americanos relatados por Bombana (2006) mostram que 50% dos custos de ambulatorios médicos são referentes a pacientes somatizadores.

O tema da psicossomática é de grande relevância social, havendo a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas para atentar a população ao cuidado com a saúde mental, como uma forma de prevenção, visto que a mesma pode influenciar no desenvolvimento de patologias clínicas. Desse modo, o objetivo do presente artigo foi descrever as principais características das doenças psicossomáticas por meio de uma revisão narrativa da literatura.

2. DESENVOLVIMENTO

Lazzaro e Ávila (2004) colocam a somatização como um espectro, de forma que sua manifestação acontece desde a expressão de sintomas leves até o diagnóstico psiquiátrico do transtorno somatoforme. Esses autores identificam alguns fatores predisponentes da somatização, tais como: a família, que pode desempenhar modelos de papéis ou reforçar o comportamento de doença; antecedentes de alguma doença pessoal ou familiar na infância; supervalorização do tipo físico e da atividade (perfis atléticos); características de personalidade como: vulnerabilidade ao stress, autoestima baixa, tendência a ansiedade, dissociação, hostilidade, depressão, alexitimia, que é caracterizada pela dificuldade do indivíduo de reconhecer, comunicar e descrever os próprios sentimentos, assim como em distinguir os estados emocionais das sensações físicas.

Ainda segundo Lazzaro e Ávila (2004), em alguns casos de doença psicossomática, há uma associação da somatização com uma história de abuso sexual ou físico. Lazzaro e Ávila também citam os seguintes fatores como desencadeantes de doenças psicossomáticas: situações estressantes que geram medo, como por exemplo de “não corresponder às expectativas”, dificuldades no trabalho ou econômicas, perdas, desavenças, doença ou morte, essas pessoas que são preocupadas com doença, costumam procurar anomalias, detectando sensações que se identificam com sintomas de doenças.

Também há fatores mantenedores do transtorno (LAZZARO; ÁVILA, 2004), tais como a “necessidade de estar doente”, pois o papel de doente leva a ganhos pessoais como por exemplo: 1) os ganhos primários, os quais a doença propicia o alívio de expectativas interpessoais estressantes e libera o sujeito de suas obrigações; e 2) ganhos secundários, visto que o “estar doente” proporciona atenção, cuidados, e em algumas situações, compensações financeiras. Além disso, através da doença também pode se expressar a raiva e castigar aquele que não foi capaz de satisfazer as necessidades emocionais dos somatizadores. Portanto, nos casos de “necessidade de estar doente”, a somatização acontece de forma inconsciente, não como uma forma de simulação:

A presença de somatizações não exclui o diagnóstico de outras doenças psiquiátricas e pode ser uma pista para o diagnóstico. Depressão e ansiedade

estão frequentemente associadas com somatização. Pacientes com transtorno de somatização comumente têm depressão coexistente (até 60%), transtornos ansiosos, como transtorno do pânico ou o transtorno obsessivo compulsivo (até 50%), transtornos de personalidade (até 60%) ou transtorno por abuso de substâncias psicoativas (LAZZARO E ÁVILA, 2004, p. 3).

Dias e Zavarize (2016) explicam as doenças psicossomáticas através de investigações de mecanismos neuroendócrinos e modelos cognitivos, afirmando que diante de situações estressantes, o sistema imunológico é alterado desencadeando respostas do organismo que podem resultar em doenças físicas.

Essa alteração do sistema imunológico acontece através da fisiologia do estresse. As respostas ao estresse são mediadas pelo sistema nervoso autônomo (SNA) e pelo eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), com ações complementares através de todo o organismo (ZUARDI, 2010). Através da ativação do eixo HHA os níveis de cortisol são aumentados acarretando em um déficit no sistema imunológico dessa forma a doença desenvolve no indivíduo.

Os sintomas comumente apresentados pelos pacientes somatizadores são: irritabilidade, insônia, crises nervosas, queixas de dor em geral, fadiga, esquecimento; de sintomas gastrointestinais, sintomas conversivos (pseudoneurológicos) e sintomas cardiovasculares (BRITO, AZEVEDO; OLIVEIRA, 2015). Esses autores também descrevem o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos em crianças e adolescentes como: queixas de dor (cefaleia, dor abdominal, mialgia e dores nos membros), fraqueza, tontura, sintomas conversivos (quedas inexplicáveis, desmaios, alterações de marcha e alterações sensoriais) e sintomas gastrointestinais (náuseas e vômitos).

Brito et al. (2015) descrevem ainda que há uma taxa alta de casos de transtornos somatoformes na fase entre a infância tardia e o início da adolescência, por se tratar de um período de transição, o qual há muitas mudanças que são possíveis estímulos desencadeantes e perpetuadores de estresse, resultando em doenças psicossomáticas.

Lazzaro e Ávilla (2004) mencionam uma pesquisa em que mais de 80% das consultas de atendimento primário para avaliação de sintomas comuns como tonturas, dor no peito ou cansaço, não se encontrou causa orgânica.

Existem doenças dermatológicas que são consideradas psicossomáticas (DIAS; ZAVARIZE, 2016). Especialistas em dermatologia descrevem que o indivíduo expressa insatisfação, mal-estar ou desconforto por meio de somatização, liberando de maneira

não intencional a emoção em um ou mais órgãos do corpo, algumas dermatoses como por exemplo dermatite atópica, que normalmente ocorre associada à asma, à rinite alérgica ou à urticária são comprovadas que tem associação ao stress (DIAS; ZAVARIZE, 2016). Também foi citado por esses autors que a dermatite seborréica é uma afecção crônica recorrente em que os fatores emocionais podem gerar agravamento e no reaparecimento da doença.

As Síndromes Somáticas Funcionais são caracterizadas mais por sintomas de sofrimento e incapacidade do que por doenças específicas ou anormalidades demonstráveis de estrutura ou função, sendo elas: fibromialgia, síndrome do intestino irritável (SII), síndrome da fadiga crônica, sensibilidade química múltipla, lesão por esforço repetitivo/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LERD/DORT), hipoglicemia, precordialgia não-cardíaca, transtorno temporomandibular e várias síndromes dolorosas (BOMBANA, 2006). Pilan e Benseñor (2008) relacionam as Síndromes Somáticas Funcionais com as especialidades médicas:

Praticamente todas as especialidades médicas apresentam suas síndromes funcionais, a síndrome do intestino irritável (gastroenterologia), dor pélvica crônica (ginecologia), fibromialgia (reumatologia), dor torácica não cardíaca (cardiologia) e cefaléia tensional (neurologia). A lista de quais síndromes contemporâneas poderiam ser chamadas 'funcionais' é variável e controversa, e provavelmente em grande parte destes diagnósticos coexistem causas orgânicas e psicossociais, muitas vezes nos mesmos indivíduos (PILAN E BENSEÑOR, 2008, p. 238)

Pilan e Benseñor (2008) mostram dados brasileiros de um estudo feito no Ambulatório Geral e Didático do Hospital de Clínicas:

Mostrou uma frequência de síndrome funcional de 21% (20/95) dos pacientes. Os 20 pacientes apresentavam 28 diagnósticos de síndrome funcional. Do total de pacientes, 16 (80%) eram do gênero feminino. Os diagnósticos mais frequentes foram: cefaléias crônicas (46,4%), dispepsia funcional não ulcerosa (32,1%), fibromialgia (17,9%) e síndrome do intestino irritável (3,6%), e vários pacientes apresentavam mais de um diagnóstico de síndrome funcional somática (PILAN e BENSEÑOR, 2008, p.239)

Também são consideradas doenças psicossomáticas aquelas nas quais os fatores psicossociais contribuem com a etiologia biológica, não apenas como doenças que não apresentam causa biológica aparente.

Certas doenças, mesmo com lesões ou achados físicos – como a asma, a psoríase, a candidíase de repetição e outras têm em seus fatores etiológicos

elementos pouco passíveis de mensuração pelas tecnologias médicas, como os impactos estressores dos eventos da vida, as perdas, separações, e outros acontecimentos a que os indivíduos estão sujeitos. A esses casos, chamaram de doenças psicossomáticas (ZORZANELLI, 2011, p.26).

De acordo com Pilan e Benseñor (2008), pacientes somatizadores são frequentes nos serviços de saúde na atenção primária e/ou especializada, com grande número de exames solicitados em várias investigações inconclusivas e geralmente negativas. Causando tanto um impacto na qualidade de vida dos pacientes, quanto um impacto econômico no sistema de saúde mundial, devido a frequência excessiva do paciente, o grande número de exames e procedimentos realizados na tentativa de chegar a um diagnóstico.

Lazzaro e Ávila (2004) apresentam dados referentes a pesquisas feitas em diversos países nas últimas décadas que revelam a prevalência de somatizações entre 16% a 50% dos atendimentos, em serviços de atenção primária. Também citaram um estudo feito na Dinamarca em 1999, o qual identificou através dos clínicos gerais, a somatização de 50% a 71% dos pacientes, seguindo os critérios da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10) descritos em 7 entidades nosológicas:

Transtorno de somatização, Transtorno somatoforme indiferenciado, Transtorno hipocondríaco, Disfunção autonômica somatoforme, Transtorno doloroso somatoforme persistente, Outros transtornos somatoformes e Transtorno somatoforme não especificado. São caracterizados pela presença de sintomas físicos que persistem por meses ou anos, que sugerem a presença de doenças clínicas ou cirúrgicas mas que não são totalmente explicados por nenhuma das patologias orgânicas conhecidas, nem por outro transtorno mental e nem pelo efeito do uso de substâncias (álcool, drogas) (LAZZARO E ÁVILA, 2004, p.3).

Há uma variedade de nomenclaturas no que diz respeito a psicossomática, visto que no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-5) está descrita como Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados sendo subdividida em: Transtorno de Sintomas Somáticos, Transtorno de Ansiedade de Doença, Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais), Fatores Psicológicos que Afetam Outras Condições Médicas, Transtorno Factício (inclui Transtorno Factício Autoimposto, Transtorno Factício Imposto a Outro); Outro Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Especificado; Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtorno Relacionado Não Especificado.

Bombana (2006), através de uma sobreposição de diagnósticos comparando a síndrome somática funcional e o transtorno somatoforme, chegou à conclusão que em diferentes especialidades médicas, um mesmo paciente pode ser diagnosticado com diferentes nomenclaturas, como por exemplo para um psiquiatra, ele pode ser visto como um somatizador e receber o diagnóstico de Transtorno Somatoforme mas, se encaminhado para um clínico, pode receber o diagnóstico de Síndrome Somática Funcional.

De acordo com Dias e Zavarize (2016), há 3 tipos de psicossomáticas: (1) a psicossomática da medicina na qual é colocada com a falta de evidencia orgânica, dessa forma então a doença possui um componente psicossomático. (2) a psicossomática da psicologia, que coloca a mente como atuante sobre o corpo e determinante nas mudanças. (3) a psicossomática da psicanálise, que acredita que o sintoma pode ser modificado através de uma interpretação.

A somatização configura-se como um campo controverso e obscuro dentro da ciência médica, refletindo diversas incongruências teóricas (BRITO, AZEVEDO E OLIVEIRA, 2015). Assim como conclui Bombana (2006) em seu artigo, referindo a mesma como um campo impreciso, no qual há necessidade de alterações em relação a conceitualização, classificação diagnóstica e abordagem terapêutica.

3. CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que as principais características de pacientes psicossomáticos são: 1) ausência de uma etiologia biológica evidente ou a presença de fatores psicossociais que favorecem a ocorrência da etiologia biológica; 2) associação com estresse negativo (incluindo exacerbação da resposta fisiológica de estresse) e transtornos mentais e de comportamento (principalmente, depressão e transtornos de ansiedade).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. L. P.; ESPINHA, T. G. Compreensão do distúrbio psicossomático a partir da vivência de médicos. **Revista Interação Psicol.**, Curitiba, v. 18, n. 1, 71-81, 2014.

BOMBANA, J. A. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. **J. bras. psiquiatr.** v. 55, n.4, pp. 308-312, 2006. ISSN 0047-2085. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400007>.

BRITO, L. T.; AZEVEDO, A. K. S.; OLIVEIRA, L. C. B. Considerações fenomenológico-hermenêuticas acerca da somatização na adolescência: um estudo de caso. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v.21, n. 2, 213-224, 2015.

DEMARCO, M. A. **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DEMARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, 60-72, 2005.

DIAS, P. S. B.; ZAVARIZE, S. F. A doença psicossomática e o uso da terapia cognitivo comportamental como intervenção. **Revista científica faculdades do saber**, Mogi Guaçu, v. 1, n. 2, 108-120, 2016.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4285, p. 129-136, 1977.

GONÇALVES, A. M. A doença mental: Determinação individual ou construção social. **Revista Millenium educação, ciência e tecnologia**, v. 32, n. 11, 163-168, 2016.

LAZZARO, C. D.S.; ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, 2004.

PILAN, L., & BENSEÑOR, I. Síndromes funcionais somáticas. **Revista De Medicina**, 87, n. 4, 238-244, 2008. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v87i4p238-244>

TRAVERSO-YEPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicol. estud.**, V. 6, n.2, pp.49-56, 2001. ISSN 1413-7372. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>.

VIRCHOW, R. **Die cellularpathologie in ihrer begründung auf physiologische und pathologische gewebelehre**. 1858. Disponível em: <https://archive.org/details/diecellularpatho00virv/page/n8>. Acesso em: 22 ago.poi 2018.

ZORZANELLI. R. T. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 25-31, 2011.

ZUARDI, A. W. **Fisiologia do estresse e sua influência na saúde**. 2010. Disponível em: https://www.academia.edu/8514738/FISIOLOGIA_DO_ESTRESSE_E_SUA_INFLUENCIA_NA_SUA_SUADE.