

Somatização na prática médica

Somatization in general medical practice

Celina D.S. Lazzaro¹, Lázsló A. Ávila²

¹ Médica Psiquiatra, mestranda em Ciências da Saúde, professora do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da FAMERP, ² Psicólogo, mestre e doutor (USP), professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da FAMERP

Resumo Somatização, sintomas físicos sem uma base orgânica identificável, é um problema comum nos serviços de atenção básica à saúde. Geralmente é um diagnóstico de exclusão. Pacientes somatizadores frequentemente são de difícil diagnóstico, podendo apresentar ou não comorbidade com outros transtornos psiquiátricos. Além disso, esses pacientes costumam demandar uma grande quantidade de consultas médicas e exames, gerando altos custos para o sistema de saúde. Esta revisão aborda o conceito, as manifestações clínicas, etiologia, diagnóstico e tratamento da somatização.

Palavras-chave Somatização, Prática médica, Atenção básica, Psicossomática, Transtornos Somatoformes

Abstract Somatization, physical symptoms without identifiable organic basis, is a common problem in primary care. Usually diagnosis is made by exclusion. Often diagnosis of somatizing patients is difficult, as they may suffer from other psychiatric disorders. Furthermore, they require many consultations and examinations, causing high costs for the health system. This article looks at the concept, clinical manifestations, etiology, diagnosis and treatment of somatization.

Keywords Somatization, Medical practice, Primary care, Psychosomatics, Somatoform disorders

Nos serviços de atendimento básico à saúde e de pronto-atendimento é grande a demanda de pacientes com queixas somáticas, sem uma base orgânica identificável. O fenômeno, universal, é conhecido como “somatização”, termo utilizado com frequência no meio médico e psiquiátrico que foi melhor conceituado por Lipowski ⁽¹⁾ em 1988:

“Somatização é definida aqui como uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles” p 1359.

Acredita-se que fatores psicológicos e psicossociais desempenham um papel importante na etiologia dessa condição. Em pacientes com transtornos de somatização, o sofrimento emocional ou as situações de vida difíceis são experimentados como sintomas físicos ^(1,2).

A Somatização é mais frequente do que se imagina. Pesquisas realizadas em diversos países nas últimas décadas, em serviços de atenção primária, revelam a prevalência de somatizações entre 16 a 50% dos atendimentos ^(2,3,4). Em um estudo feito na Dinamarca em 1999 ⁽⁵⁾, clínicos gerais identificaram somatização em 50 a 71% dos pacientes, seguindo os critérios da CID-10. Em outra pesquisa ⁽⁶⁾, não se encontrou causa orgânica em mais de 80% das consultas de atendimento primário para avaliação de

sintomas comuns como tonturas, dor no peito ou cansaço.

Porém, na prática, a somatização costuma passar despercebida ⁽⁷⁾. A formação médica tradicional está embasada na ruptura que se estabeleceu no saber médico a partir de Descartes: Ao assumir a condição de ciência, a medicina tomou por objeto a dimensão biológica do corpo humano em oposição à dimensão psicológico-social, se afastando da visão tradicional, unitária e integrada do homem-no-mundo ⁽⁸⁾. A prática médica está voltada para a identificação e o tratamento dos distúrbios orgânicos ou dos transtornos mentais, deixando a maioria dos médicos mal preparados para reconhecer e tratar pessoas que “somatizam”.

Quando não reconhecidos e tratados de forma apropriada, esses pacientes podem ser vítimas de intervenções frustrantes, caras e potencialmente perigosas, que não contribuem para reduzir os altos níveis de sofrimento e incapacidade que eles geralmente relatam. Os somatizadores são convencidos, por seus sintomas, de que seu sofrimento provém de algum tipo de distúrbio físico presumivelmente não descoberto e intratável ⁽⁹⁾.

Em algumas situações o médico sente-se incomodado e procura dispensar rapidamente o paciente que, na sua opinião “não tem nada”, ou cujo problema “não está no corpo, mas na cabeça”. Nesses casos, é frequente o diagnóstico de “distonia neuro-vegetativa” (DNV) ou o rótulo pejorativo de “peripaque”, “piti” ou “paciente poliqueixoso” ^(1,10).

Recebido em 29.10.2004

Aceito em 09.12.2004

Em outras situações, as queixas somáticas produzem uma quantidade enorme de encaminhamentos para especialidades, exames e hospitalizações desnecessárias, acarretando custos elevados para o sistema de saúde além de reduzir a resolutividade dos serviços, exposição dos pacientes a riscos, tratamentos equivocados, iatrogenia, cronificação e repercussões econômicas negativas, tais como ausência do trabalho, incapacitação e aposentadorias precoces^(1,5). O vertiginoso avanço da ciência e da tecnologia médica das últimas décadas, a profusão de exames subsidiários, e a importância e a “necessidade” que os pacientes foram habituados a atribuir a tais exames, contribuem para aumentar ainda mais as distorções.

Na prática, a somatização costuma ser um diagnóstico de exclusão. Porém, é muito mais eficaz buscar um diagnóstico positivo de somatização quando o paciente se apresenta com características típicas e iniciar estratégias de tratamento. Como processo, a somatização se manifesta como um espectro, que vai desde a expressão de sintomas leves (muito frequentes e que costumam responder à simples tranquilização) até o diagnóstico psiquiátrico dos transtornos somatoformes.

A categoria diagnóstica “Transtornos Somatoformes” (F45) foi introduzida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em 1992. Compreende 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⁽¹¹⁾. 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). Mesmo quando houver uma doença orgânica confirmada, não há explicação lógica para a natureza e intensidade das queixas referidas. Os sintomas não são produzidos de forma intencional e devem ter uma intensidade suficiente para provocar uma perturbação clinicamente significativa ou deterioração no desempenho social, no trabalho e na convivência familiar. Outra característica é a negativa do paciente em aceitar a possibilidade de que suas doenças tenham uma origem psicológica^(9,11). Pesquisa da OMS⁽⁴⁾ estimou a prevalência global dos Transtornos Somatoformes em 0,9% (variando entre 0 e 3,8%, dependendo do local pesquisado) e de transtorno de somatização (conceito ampliado – subsindrômico) em 19,7% (de 7,6 a 36,8%).

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⁽¹³⁾. Em uma amostra de 90.000 consultas ao clínico geral, 72% dos pacientes que receberam diagnósticos psiquiátricos tinham um ou mais sintomas físicos entre as queixas principais⁽¹⁴⁾. Uma parte dos pacientes que se apresentavam ao médico clínico com queixas físicas vagas, quando encaminhados ao psiquiatra não atribuíam seus sintomas a doenças físicas. Esses pacientes foram considerados “facultativos”, e não “verdadeiros” somatizadores⁽¹⁾.

Nos somatizadores graves, identificam-se fatores predisponentes, mantenedores e precipitantes do transtorno. Fatores

genéticos (sugeridos através de estudos de adoção) e antecedentes familiares de somatização são fatores de risco para a preocupação somática: Os membros da família podem funcionar como modelos de papéis ou reforçar o comportamento de doença⁽¹⁵⁾. Também são considerados fatores predisponentes, antecedentes de alguma doença pessoal ou familiar na infância, características de personalidade (vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima, tendência para ansiedade, dissociação, hostilidade, depressão,) ou supervalorização do tipo físico e da atividade (perfis atléticos). Outro traço de personalidade predisponente é a alexitimia: trata-se de indivíduos com uma dificuldade em reconhecer, comunicar e descrever os próprios sentimentos, assim como em distinguir os estados emocionais das sensações físicas: as emoções encontrariam sua forma de expressão através da linguagem corporal⁽¹⁶⁾. Vários estudos sugerem uma associação entre somatização e uma história de abuso sexual ou físico numa proporção significativa de pacientes^(7,16).

As situações de vida estressantes como medo de “não corresponder às expectativas”, dificuldades no trabalho ou econômicas, perdas, desavenças, doença ou morte, podem ser fatores desencadeantes. Frequentemente a somatização é considerada expressão de “dor psíquica”, sob a forma de queixas corporais, em pessoas que não têm vocabulário para apresentar seu sofrimento de outra forma⁽¹⁷⁾. Os sintomas têm origem nas sensações corporais amplificadas interpretadas erroneamente ou nas manifestações somáticas das emoções. Pessoas preocupadas com doença e que se sentem vulneráveis costumam procurar anomalias no corpo, detectando sensações que se identifiquem com sintomas de doença.

O principal fator de manutenção seria a “necessidade de estar doente”. O papel de doente propicia o alívio de expectativas interpessoais estressantes e libera o sujeito de suas obrigações (ganho primário) e geralmente proporciona atenção, cuidados e, em algumas situações, compensações financeiras (ganho secundário)⁽¹⁶⁾. As queixas persistentes podem também ser um meio eficiente para expressar a raiva e castigar os que são incapazes de satisfazer as necessidades emocionais dos que somatizam. Não se trata de simulação. O paciente não está “fingindo” o sintoma; não tem controle sobre o processo e sofre. A possibilidade de ganhos psicossociais ou econômicos pode ser um estímulo para desempenhar o “papel de doente” indefinidamente^(19,20,21).

Sob o ponto de vista psicodinâmico, alguns autores⁽⁹⁾ entendem a somatização como um processo de utilização do corpo com “propósitos psicológicos” (-Deslocamento de emoções desagradáveis que o sujeito é incapaz de tolerar, levando aos sintomas físicos; - O uso do sintoma para comunicar, de forma simbólica, um conflito intrapsíquico; - O alívio da culpa através do sofrimento), ou para obtenção de “vantagens pessoais” (Manipulação das relações interpessoais; - Liberação de obrigações e responsabilidades; -Obtenção de cuidados e atenção, uma relação pessoal mais intensa ou a simpatia de outras pessoas; - Compensação econômica). É importante lembrar que todo esse processo se dá a nível inconsciente e não difere em nada dos usos psicológicos das doenças confirmadas.

Existem vários instrumentos de diagnóstico positivo de somatização baseados em pesquisas e experiência clínica. Na Tabela 1⁽¹⁸⁾ estão relacionadas as queixas que aparecem com frequência.

Os autores afirmam que duas condições são necessárias para se estabelecer o diagnóstico de somatização: A primeira é a presença de vários (mais de 3) sintomas vagos ou exagerados em

sistemas orgânicos diferentes e a segunda é que essas queixas tenham uma evolução crônica de mais de 2 anos ^(3,7,15). A maioria dos sintomas também ocorre em pacientes com patologia orgânica e justificam uma investigação médica completa. Porém, o paciente somatizador tem muitos sintomas, em sistemas diversos, que persistem por tempo demais e costumam chamar a atenção do médico por apresentarem uma intensidade desproporcional com relação ao aspecto saudável do paciente. Ver Tabela 2 ⁽⁷⁾.

Tabela 1: Sintomas e Síndromes comumente relatados por pacientes com somatização.

Sintomas gastrointestinais:

Vômitos
Dor abdominal
Náuseas
Distensão abdominal e excesso de gases
Diarréia
Intolerância alimentar

Sintomas dolorosos:

Dor difusa ("sou inteiramente dolorido"),
Dor nas extremidades
Dor nas costas
Dor articular
Dor durante a micção
Cefaléia

Sintomas cardiorespiratórios:

Falta de ar em repouso
Palpitações
Dor no peito
Tonturas

Sintomas pseudoneurológicos:

Amnésia
Dificuldade para deglutir
Perda de voz
Surdez
Visão dupla ou borrada
Cegueira
Desmaios
Dificuldade para caminhar
Pseudocrises epilépticas
Fraqueza muscular
Dificuldade para urinar

Sintomas dos órgãos reprodutivos:

Sensações de queimação nos órgãos sexuais
Dispareunia
Menstruação dolorosa
Ciclos menstruais irregulares
Sangramento vaginal excessivo
Vômitos durante toda a gravidez

Síndromes:

"Alergias alimentares" vagas
Precordialgia atípica
Síndrome da articulação temporomandibular (ATM)
"Hipoglicemia"
Síndrome da fadiga crônica
Fibromialgia
"Deficiência vitamínica" vaga
Síndrome pré-menstrual
Múltipla hipersensibilidade química.

Os pacientes com preocupação somática costumam geralmente procurar o médico clínico (às vezes só após passagens em serviços de pronto-atendimento), muitas vezes com expectativas de encaminhamento para especialidades. Depois da avaliação inicial (para afastar afecções clínicas orgânicas) o médico deve pesquisar no prontuário e/ou na história de vida, se o paciente apresenta evidências de algum transtorno psiquiátrico comum associado às queixas somáticas (depressão, ansiedade, abuso/dependência de substâncias psicoativas), se tem um padrão de alta utilização dos serviços de saúde (extensas investigações diagnósticas e/ou internações), fatores específicos nos antecede-

ntes (familiares, pessoais e sociais) e se já teve rejeição de médicos anteriores. Aliados às queixas típicas, estes são os principais indícios de somatização.

Tabela 2: Características de diagnóstico sugerindo somatização.

Múltiplos sintomas, muitas vezes ocorrendo em diferentes sistemas orgânicos
Sintomas que sejam vagos ou que excedam os achados objetivos
Evolução crônica
Presença de um transtorno psiquiátrico
História de extensos exames para diagnóstico
Rejeição de médicos anteriores

O primeiro desafio na relação médico-paciente acontece quando a investigação inicial não identificou uma patologia orgânica. A conclusão do médico costuma ser: "você não tem nada", "está tudo na sua cabeça" ! Este tipo de observação pode provocar revolta, descrédito ou sentimento de rejeição e aumentar ainda mais os sintomas e a angústia do paciente. Sua sensação, ou convicção, de estar doente, colide com o julgamento convencional e objetivo do médico sobre o que é saúde ou doença ⁽¹⁾. Quando isso ocorre, o paciente costuma achar que o médico é incompetente, inexperiente ou desinteressado, e que deve procurar outro profissional. Um estudo ⁽¹⁵⁾ mostrou que os pacientes somaticamente preocupados enxergavam os médicos como incompetentes e inexperientes se suas explicações questionassem a realidade dos sintomas. David Servan-Schreiber ⁽⁷⁾ comenta: "*Os médicos devem compreender que o conceito de somatização está bem além do domínio da mente racional do paciente e, portanto, além do modo habitual da medicina de entender a doença. Com isso em mente, os médicos devem sentir-se confortáveis em fazer uma declaração, como: Os resultados de meu exame e dos testes que fizemos mostram que você não tem doença que coloque sua vida em risco. No entanto, você tem uma afecção médica séria e que causa comprometimento, a qual eu vejo frequentemente e que não é completamente entendida. Embora não exista tratamento que possa curá-lo completamente, há numerosas intervenções que podem ajudá-lo a lidar com os sintomas melhor do que já tem feito até aqui*" (pág.7).

Esse tipo de abordagem tranqüiliza o paciente reconhecendo o sofrimento e as limitações do tratamento, ao mesmo tempo em que evita a rejeição. Atribuir um nome ou um "rótulo" para a doença, como "fibromialgia" ou "síndrome da fadiga crônica", também ajuda, na medida em que o paciente se identifica com o modelo tradicional de doença melhorando a relação médico-paciente e concentrando esforços em um melhor funcionamento global ⁽⁷⁾.

Ao iniciar o tratamento do paciente somaticamente preocupado, o clínico deve considerar a probabilidade de comorbidade com um transtorno depressivo ou de ansiedade e pensar numa tentativa de medicação antidepressiva, levando em consideração que o paciente possa ter hipersensibilidade à medicação ou efeitos colaterais. Prescrever antidepressivos requer cuidadosa preparação e orientação do paciente, baixas dosagens iniciais e ajuste lento da dose (que deve alcançar a dosagem recomendada), além de contínua tranqüilização ⁽¹⁵⁾. Embora a farmacoterapia possa muitas vezes ser benéfica, não aborda os mecanismos da amplificação de sintomas e a "necessidade de estar doente" associada à somatização ⁽²⁾ e, portanto, é apenas parte do tratamento.

A consulta psiquiátrica pode ser útil (quando o paciente aceita o encaminhamento) para avaliar um transtorno de personali-

dade, a possibilidade de outras afecções psiquiátricas comórbidas e para recomendações relativas ao tratamento medicamentoso. Os pacientes podem se beneficiar muito com tratamento psicoterápico individual, grupal, familiar ou psicopedagógico (1,7,10,18).

Dentre as principais estratégias e condutas para a abordagem do paciente somatizador, destacam-se: Consultas breves, marcadas regularmente a cada quatro a seis semanas, sempre com o mesmo médico (evitar consultas “conforme necessário”). Realizar curto exame físico em cada consulta. Dar aos sinais físicos, maior peso do que aos sintomas relatados. Evitar procedimentos e hospitalizações, a menos que claramente indicados. Compreender que o desenvolvimento de sintomas é inconsciente (9,15,16). Na Tabela 3 estão as sugestões de Barsky (17) para tratar pacientes com preocupações somáticas.

O tratamento pode ser considerado bem sucedido se o paciente for mantido fora do hospital e do pronto-socorro e se diminuir sua exposição a complicações iatrogênicas (7).

Tabela 3: Sugestões para tratar pacientes com preocupação somática.

Cuidar, não procurar curar

Não tente eliminar completamente os sintomas
Concentre-se na convivência e nas funções

Conservadorismo diagnóstico e terapêutico

Analise fichas antigas antes de pedir exames
Responda a solicitações como para os que não têm preocupações somáticas
Marque consultas e exames físicos frequentes
Uma vez estabelecida, tente não alterar a frequência das consultas
Pense em remédios benignos

Validação do sofrimento

Não refute ou negue os sintomas
Não baseie a relação médico-paciente nos sintomas
Concentre-se na história social

Dando um diagnóstico

Enfatize a disfunção, e não a patologia estrutural
Descreva o processo de amplificação e forneça exemplo específico
Tranqüilize com cautela

Consulta psiquiátrica

Diagnostique comorbidade psiquiátrica
Recomende opções de farmacoterapia
Providencie psicoterapia

Terapia cognitivo-comportamental

Melhore a convivência

Referências bibliográficas

- Lipowsk ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psych* 1988;145:1358-68.
- Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatizing patients: part I. Practical diagnosis. *Am Fam Physician* 2000; 61:1073-8.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Brody D. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. *JAMA* 1994; 272: 1749-62.
- Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *Am J. Psych* 1997; 154: 989-95.
- Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jorgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-8.
- Smith GR, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med* 1986; 314: 1407-13.
- Schreiber D, Kolb NR, Tabas G. Somatização 1ª parte – diagnóstico prático. *NeuroPsicoNews* 2003;53: 3-6.
- Ávila LA. O eu e o corpo. São Paulo: Escuta; 2004.
- Guggenheim F, Smith GR. Tanstornos Somatoformes. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatria* 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 1361-81.
- Bombana JA, Leite ALSS, Miranda CT. Como atender aos que somatizam? Descrição um programa e relato conciso de casos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000;22:
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas;1993.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico das doenças mentais. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Brody D et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Family Med* 1994; 3;774-9.
- Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB. The hidden mental health network. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42(1):89-94.
- Richter EL, Sansone RA. Tratamento da preocupação somática. *NeuroPsicoNews* 2003; 53: 9-13.
- Condemarin PE. Transtornos Somatomorfos. *Revista Hospital Clinico Universidad de Chile* 1999; 10:287-95.
- Barsky Aj. A 37 year-old-man with multiple somatic complaints.*JAMA*1997; 278:673-9.
- Blackwell B, De Morgan NP. The primary care of patients who have bodily concerns. *Arch Fam Med* 1996; 5: 457-63.
- Ávila, L.A. Doenças do corpo e Doenças da Alma. *Investigação Psicossomática Psicanalítica*. 3ª. Ed. São Paulo Escuta, 2002.
- Balint M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.
- Perestrelo D. *Trabalhos Escolhidos*. São Paulo: Atheneu, 1987.

Correspondência

FAMERP - Depto. Epidemiol. Saúde Coletiva – DESC
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 - VI. São Pedro
15090-000 – São José do Rio Preto – SP
Tel.: (17)210-5718
celinalazzaro@uol.com.br