

1 – INTRODUÇÃO

Os transtornos somatoformes são constituídos por diferentes quadros clínicos em que o paciente possui queixas de padecimentos físicos para os quais não se encontra uma correspondência de confirmação anatomopatológica esperada ou proporcional. Não se detectam anormalidades no exame físico ou nos exames complementares de diagnóstico ou são encontradas somente anormalidades menores que não explicam ou justificam o quadro do ponto de vista físico.

Durante a prática diária e continuada em PSF nota-se a grande incidência de casos com sintomas físicos variados e às vezes superpostos que não se confirmam com uma boa avaliação clínica e com exames complementares. O aprofundamento da anamnese, principalmente da sua história pregressa, do contexto sócio-familiar e dos problemas psicossociais, aponta invariavelmente para transtornos psíquicos com sintomatologia física, situação essa que pode fugir da percepção do profissional de formação e visão generalista da atenção básica, se este não estiver atento para essa possibilidade.

O conteúdo programático do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, principalmente o estudo do módulo optativo Saúde Mental, deu oportunidade de se tomar mais concretamente consciência da freqüência dos padecimentos mentais, principalmente dos Transtornos Mentais Comuns (TMC). Em pesquisa citada por Fortes (2004) de agosto a dezembro de 2004, junto a 714 pacientes com distúrbios mentais da clientela da Estratégia de Saúde da Família de cinco Unidades de Saúde de Petrópolis-RJ, 56% constituem-se de TMC, principalmente de transtornos ansiosos e depressivos, com ênfase também para os transtornos somatoformes e dissociativos, que devem ser compreendidos e tratados pelos médicos generalistas das Equipes de Saúde da Família (ESF). Somente 33% dos casos estudados referiam-se a Transtornos Mentais Maiores (TMM), que demandam atendimento psiquiátrico especializado (FORTES 2004).

Os pacientes portadores de transtornos somatoformes são freqüentemente chamados de hipocondríacos, histéricos, pitiáticos ou fazedores de cena pelos membros das ESF, que não compreendem suas “queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, contumazes usuários de serviços médicos” (Lloyd, 1996) e não se investe tempo para ouvi-los com atenção

visando descobrir a causa psíquica do seu padecimento, mesmo depois de não se encontrar substrato físico para seus sintomas.

Esta constatação evidencia a necessidade de uma pesquisa bibliográfica para reunir conhecimentos já estabelecidos sobre o tema transtornos somatoformes para aumentar a eficiência no cuidado destes pacientes e a eficácia dos métodos terapêuticos, medicamentosos ou não, a serem utilizados, como também para motivar outros profissionais a se aprofundarem no estudo do assunto.

Este trabalho tem como objetivo contribuir para que os profissionais da atenção básica à saúde tenham mais subsídios e conhecimentos para diagnosticar e cuidar dos pacientes com transtornos somatoformes na prática clínica diária das equipes de saúde da família, aumentando a eficiência do atendimento e a eficácia dos recursos terapêuticos empregados, medicamentosos ou não.

Neste trabalho optou-se pelo levantamento do referencial teórico com a finalidade de desenvolver um estudo do tema escolhido usando o modelo de revisão bibliográfica. Segundo Gil (2007) a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Os materiais utilizados foram livros, revistas científicas, manuais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e artigos científicos disponíveis nas diversas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bvs.com.br) pesquisados aleatoriamente, não seguindo nenhum critério para seleção. Foram estudados e incluídos os trabalhos e publicações científicas em Português relevantes sobre o tema transtornos somatoformes produzidos a partir de 2004 ou outros de datas anteriores desde que contivessem conceitos fundamentais e básicos da Psiquiatria ou que mostrassem o contexto histórico necessário à compreensão da Reforma Psiquiátrica. Primeiramente foram estudados todos os materiais e posteriormente confeccionado o conteúdo teórico.

2 – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL

Neste item, aborda-se brevemente a história do surgimento do Programa de Saúde da Família e também a inserção da Saúde Mental neste contexto, tendo como base a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Pretende-se mostrar que esse elo é indispensável para a compreensão da importância da Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde da Família.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve início no ano de 1994, como uma forma de reestruturação do modelo de assistência à saúde vigente. O programa se fundamenta com base na inserção de equipes com diversos profissionais para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde, sendo cada unidade responsável por um número predeterminado de famílias em uma localidade delimitada (BRASIL, 2008).

Com o fortalecimento da atenção básica, organizada pela Estratégia de Saúde da Família, surge uma nova concepção diferente daquela centrada na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidades (BRASIL, 2008).

O Governo passou assim a fortalecer a implantação do PSF, buscando criar mais equipes de saúde da família, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, nos diversos municípios, favorecendo assim uma reorientação das práticas assistenciais básicas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2008).

Logo se criou o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), que segundo Viana e Dal (2008), veio com a finalidade de aumentar a cobertura de ações às populações rurais e de periferias urbanas, focando mais a população materna e infantil. Podemos afirmar que o PACS é um pouco limitado na sua capacidade resolutiva se comparado ao conjunto de intervenções de amplo alcance que estruturaram o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A região que mais se adaptou e foi beneficiada com o PACS foi o nordeste brasileiro, a partir da experiência pioneira de Sobral.

Em meados de 1996, houve a implantação oficial da NOB/96 (Norma Operacional Básica), com a qual foi garantido ao programa o aporte de verbas e incentivos. Depois, houve um aumento significativo do programa e, em contrapartida, o Ministério da Saúde começou a estabelecer metas a serem alcançadas, vinculadas às transferências dos recursos financeiros (VIANA e DAL, 1998).

A partir daí, os municípios passaram a implantar o programa e também a utilizar uma forma única e padronizada de atendimento nessas unidades, sem mesmo considerar suas regiões, suas realidades epidemiológicas, os recursos humanos disponíveis, implantando o PSF conforme era preconizado. Na visão do Governo, o PSF vem com o objetivo de superação de modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde, marcado pelas internações hospitalares, pelo exclusivo atendimento médico e ação curativa. Alguns segmentos técnicos do MS e certos autores consideram o PSF como uma “estratégia de reorganização da atenção básica no país” (VIANA e DAL, 1998).

Assim, o atendimento em saúde estaria focado na família, considerando todo seu contexto físico, cultural e social. O PSF passaria a ter caráter substitutivo das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância epidemiológica, na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

O PSF atenderia no máximo a 4.500 pessoas em cada equipe, sendo estas pertencentes a um território determinado, composto por um médico clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e entre 4 a 6 agentes comunitários de saúde. Dentre as atividades realizadas estariam as visitas domiciliares, as ações programáticas e o atendimentos no consultório por médico e enfermeira, sendo normatizados fortemente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006; VIANA e DAL, 1998).

Scóz e Felini (2003) ressaltam que o importante seria visualizar a família de uma maneira completa, holisticamente, e não apenas o paciente em si, mas as pessoas que convivem com ele, o local em que vive, o seu meio social e cultural.

Os mesmos autores reforçam que a promoção de saúde, por meio do fortalecimento da atenção básica, tendo o PSF como seu eixo central, permite a construção da saúde através de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização dos serviços de saúde, entre outros. A visão do indivíduo em seu contexto familiar e social é proporcionada por meio do trabalho com as necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada, unindo o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente. (SCOZ e FELINI, 2003).

2.1.1 - A Atenção em Saúde Mental como atribuição do PSF

A atenção em Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família devem andar juntas, indubitavelmente. Uma união necessária, possível e desejável por todos nós, profissionais da saúde. Se nos atentarmos para a lógica dos projetos de Saúde Mental inspirados na Reforma Psiquiátrica Brasileira veremos grandes afinidades com os Programas de Saúde de Família, entendidos como estratégia de implantação do SUS (SOUZA et al., 2006).

Por definição, a Saúde Mental é considerada um conjunto de ações concebidas a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ou seja, a formação de serviços substitutivos aos superados manicômios, organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Diante deste contexto, destaca-se a hierarquização da rede de atenção em Saúde Mental constituída pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Simplificado, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) / CAPS de média complexidade, serviços residenciais terapêuticos, hospital dia, leitos psiquiátricos em hospital geral, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

O PSF, por sua idêntica proposta de trabalho, costuma ter com sua clientela uma relação muito diferente daquela que se estabelecia nas práticas antigas e tradicionais de saúde. Os profissionais conhecem seus pacientes em seu meio físico e social, chegando ao seu lar e desenvolvem para com eles uma afinidade maior, conversam com eles, entram em contato direto ou indireto não só com seus sintomas e doenças, mas com os mais diferentes aspectos de suas vidas. Esta lógica de trabalho contribui para ajudá-los a atender adequadamente este tipo de clientela que vem ocupando, de forma indevida, as agendas dos profissionais de Saúde Mental (SOUZA et al., 2006).

Pereira e Vianna (2009) citam um estudo realizado em 1997 no Brasil sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade, em três capitais brasileiras. Esse estudo evidenciou prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos ansiosos foram os mais prevalentes (chegando a 18%) e o alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados, situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram muita variação, de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre).

Souza et al. (2006) reforçam que o ato de escutar o paciente, cuja queixa traduz essencialmente a demanda de ajuda para um problema emocional; acompanhá-lo

procurando pensar com ele as razões desse problema e formas possíveis de enfrentá-lo; evitar tanto quanto possível recorrer aos psicofármacos, e, quando necessário, usá-los de forma criteriosa; não forçar o paciente a deixar, de um dia para o outro, o medicamento que sempre usou, mas ponderar com ele os riscos e as desvantagens de sua manutenção; não repetir estereotipadamente condutas e receitas: estas são ações que as equipes do PSF sabem e podem conduzir bem.

Diante deste contexto, podemos ver claramente a importância da comunhão de esforços entre PSF e serviços substitutivos, pois se acredita que cuidar da saúde mental faz parte das ações das ESF visto que a doença mental não ocorre separada da saúde física. Outro fato é a singularização do atendimento no PSF. O paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, que tem família, um meio social, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual deve estar preparada (BRASIL, 2001).

Muitas equipes, podendo até estar sobrecarregadas de afazeres diários e alegar diversos impedimentos para assumir tais funções. Contudo, devemos distinguir dois tipos de objeções. O primeiro tipo é aquele que nasce de uma recusa a priori da equipe em atender estes pacientes. O segundo tipo tem a ver com suas dificuldades e limitações concretas em lidar com eles (SOUZA et al., 2006).

Os profissionais de saúde, algumas vezes, não têm paciência diante da demanda dessa clientela, que nunca melhora, queixa-se de tudo, desafiando os seus saberes e provocando uma sensação de impotência. Entretanto, deve-se levar em conta a responsabilidade dos próprios agentes de saúde na gênese desta demanda (SOUZA et al., 2006). A esse respeito, Souza et al., (2006, p.56) reforça que:

“Afinal, ‘medicalizando’ e ‘psicologizando’ os mais diversos aspectos da vida, os gestores e técnicos de saúde já fizeram à população muitas promessas irrealizáveis; não há um porquê de ficarmos escandalizados se hoje nos cobram um desempenho à altura da imagem de onipotência divulgada”.

Souza et al. (2006) destacam que quando um paciente nos vem pedir novamente uma receita de diazepam, não custa lembrar que foram os profissionais de saúde que lhe prescreveram esses remédios pela primeira vez e continuaram a fazê-lo automaticamente por anos a fio (SOUZA et al., 2006).

Conforme a Portaria nº 648/06, a Atenção Básica é concebida como a porta de entrada do SUS, tendo na ESF o seu principal eixo de orientação no modelo assistencial, sendo que os serviços são componentes inerentes aos cuidados globais em saúde (tema transversal), dentro de princípios que possibilitam a convergência de ações de Saúde

Mental nas ESF's (Atenção Básica) como: Garantia dos princípios do SUS; Territorialização e responsabilidade pela demanda; Desinstitucionalização das pessoas internadas; Garantia do cuidado, da escuta e do vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais e as redes de pertencimento; Recusa nas formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização; Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações da equipe; Desenvolvimento das ações de Saúde Mental nas unidades de saúde, nos Domicílios, nos lugares e recursos comunitários e Garantia de ações efetivas que viabilizem o acesso dos sujeitos aos serviços.

Com relação às dificuldades encontradas no atendimento de portadores de sofrimentos mentais, podemos citar a questão do despreparo dos profissionais para atender esses pacientes. Constata-se que tal dificuldade se relaciona a outra mais grave: na formação dos profissionais de saúde há uma deficiência para considerar a dimensão subjetiva de todos os pacientes, sejam eles doentes "de verdade" ou não. A este respeito a própria prática do PSF, em muitos locais, já conseguiu avançar para além dos saberes estritamente técnicos, que geralmente se aprende nas faculdades!

De qualquer forma, o despreparo é uma dificuldade real a ser solucionada. Cursos de capacitação em Saúde Mental, referências bibliográficas adequadas e Linhas-Guia são recursos necessários para tal mister e hoje todas as unidades de saúde possuem estes materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde (SOUZA et al., 2006).

Segundo Brasil (2001) a realidade das equipes de atenção básica demonstra que elas se deparam com problemas de Saúde Mental com muita frequência, de acordo com pesquisas realizadas.

Sendo assim, mesmo que seja imprescindível que as equipes do PSF adquiram noções básicas de Saúde Mental, existe um nível mais complexo de saberes desta área que seus profissionais não são obrigados a conhecer. Portanto, a disponibilidade da equipe de Saúde Mental é essencial: cabe-lhe ajudar na abordagem destas questões, seja através de reuniões e de debates periódicos, seja no cotidiano do serviço, discutindo alguns casos, avaliando outros, recebendo aqueles que se agravam ou se complicam (SOUZA et al., 2006).

Segundo Brasil (2001) vários fatores refletem positivamente na integração entre ESF e a de Saúde Mental como, por exemplo, o fato de que a equipe de atenção primária tem contato constante com a comunidade e são bem aceitos por ela; a equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde; em lugares onde os serviços de saúde mental não estão estruturados, o profissional de atenção primária é o primeiro recurso de atenção à saúde mental; o seu conhecimento da comunidade permite-lhe

reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações e também é a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitarem.

O trabalho dos profissionais da atenção básica com os da Saúde Mental deve ser pautado pelo cuidado compartilhado junto ao portador de transtorno mental. O plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso e não pela conduta burocratizada das referências e das contra-referências, quando quem encaminha “se sente aliviado” e quem recebe “arca com o ônus” do encaminhamento (PEREIRA e VIANNA, 2009).

2.2 - TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Os transtornos somatoformes constituem um grupo de transtornos que incluem sintomas físicos (por exemplo, dor, náuseas e tonturas) para os quais não pode ser encontrada uma explicação médica ou lesões anátomo-clínicas proporcionais, tornando-se um desafio diário para a prática clínica. Os sintomas e queixas somáticas são suficientemente sérios para causarem um sofrimento emocional ou prejuízo significativo à capacidade do paciente para exercer seus papéis sociais e ocupacionais. O diagnóstico de um transtorno somatoforme reflete a avaliação do médico de que os fatores psicológicos são contribuintes decisivos para o início, a severidade e a duração dos sintomas. Os transtornos somatoformes não são resultados de simulação consciente ou transtornos factícios (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) e a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecem cinco transtornos somatoformes específicos: 1- transtorno de somatização (F45.0), que se caracteriza por várias queixas físicas, afetando órgãos ou sistemas; 2- transtorno conversivo ou dissociativo (F44.9), caracterizado por uma ou duas queixas neurológicas; 3- hipocondria (F45.2), constituída fundamentalmente pela convicção do paciente de padecer de uma doença específica, sem focar muito em seus sintomas; 4- transtorno dismórfico corporal (F45.2), caracterizado por uma percepção falsa ou exagerada de que uma parte do seu corpo é defeituosa; 5- transtorno doloroso (F45.4), que compreende sintomas de dor que são somente relatados ou exacerbados de forma significativa por fatores psicológicos.

Admitem ainda a existência de outra categoria residual de transtorno somatoforme: o transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1), que inclui subtipos não

descritos anteriormente e persistentes por seis meses ou mais; e somente a DSM-IV-TR reconhece o transtorno somatoforme sem especificação, que não é contemplado na CID-10, categoria compreendida pelos sintomas somatoformes que não satisfazem quaisquer outros diagnósticos de transtornos somatoformes mencionados.

Neste item, serão estudados todos os tipos de transtornos somatoformes catalogados anteriormente e, em anexo, serão exibidas tabelas de visualização rápida e resumida destes transtornos, com a finalidade de facilitar sua identificação e diagnóstico.

2.2.1 Transtorno de Somatização (F45.0).

De acordo com Bozeli (2007) o transtorno de somatização traduz-se em uma forma de comunicar sofrimento emocional, podendo ser desencadeada por inúmeros quadros psicopatológicos. Pode também estar presente onde não se verifica nenhuma alteração deste tipo, mas sim em casos de insatisfação, incapacidade, tristeza e dor. É uma manifestação de queixas somáticas, sem substrato orgânico, onde se verifica sofrimento psicológico e que leva à busca do médico.

Lazzaro e Ávila (2004) citam que há transtorno de somatização quando se tem uma doença orgânica confirmada, não há uma explicação lógica para a natureza e muito menos para a 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. Os pacientes têm dificuldades em aceitar a possibilidade de que sua doença física tenha uma origem psicológica.

A prevalência vitalícia do transtorno de somatização na população geral está estimada em 0,1% e 0,2%, embora diversos grupos de pesquisadores acreditem que o número real possa estar mais próximo a 0,5%. As mulheres com o transtorno superam os homens de 5 a 20 vezes, embora as estimativas mais altas possam ser devido à antiga tendência de não diagnosticar o transtorno de somatização em homens. Contudo, com uma razão de 5 para 1 de mulheres para homens, a prevalência vitalícia do transtorno de somatização entre as mulheres pode chegar a 1 a 2%; portanto, não se trata de um transtorno incomum. Entre os pacientes dos consultórios de clínicos gerais e médicos de família, até 5 a 10% dos pacientes podem reunir os critérios diagnósticos de transtorno de somatização. O transtorno de somatização está inversamente relacionado com a posição social, sendo mais freqüente entre os indivíduos de baixa educação e entre os

pobres, tendo como característica seu início antes dos 30 anos, mais freqüente durante a adolescência (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Segundo Bozeli (2007) vários estudos mostram sua enorme prevalência. Um estudo da Organização Mundial da Saúde detectou taxas de prevalência global para transtorno de somatização de 0,9% (variando de 0 a 3,8% conforme o local pesquisado) mas que chegavam a 19,7% (de 7,6% a 36,8%) quando se utilizava um conceito de transtorno de somatização expandido (subsindrômico). Nos EUA, estima-se que eles sejam responsáveis por até 50% dos custos de ambulatórios médicos.

Apesar de não se contar com muitos estudos epidemiológicos sistemáticos nessa área no Brasil, os dados encontrados também sugerem sua importância para nossos serviços de saúde.

São várias as suas causas. O estresse, como medo de “não corresponder às expectativas”, dificuldades no trabalho ou econômicas, perdas, desavenças, doença ou morte, podem ser fatores desencadeantes. Lazzaro e Ávila (2004) citam que, para os pacientes, a somatização frequentemente é considerada expressão de “dor psíquica”, sob a forma de queixas corporais, principalmente em pessoas que não têm vocabulário para expressar seu sofrimento de outra forma. Os sintomas têm origem nas sensações corporais amplificadas e interpretadas erroneamente ou nas manifestações somáticas das emoções. Pessoas preocupadas com doença e que se sentem vulneráveis costumam procurar problemas no próprio corpo, detectando sensações que se identifiquem com sintomas de doença.

No transtorno de somatização o paciente sente necessidade de estar doente, sendo este o principal fator de manutenção do distúrbio. O papel de doente proporciona um alívio de expectativas interpessoais estressantes e libera o sujeito de suas obrigações e, geralmente, proporciona o recebimento de atenção, cuidados e, em algumas situações, compensações financeiras. As queixas persistentes podem também ser um meio eficiente para expressar a raiva e ou castigar os que são incapazes de satisfazer as necessidades emocionais dos que somatizam (LAZZARO e AVILA, 2004).

O paciente não “finge” um sintoma, ou seja, ele não consiste numa simulação. O paciente não tem controle sobre o processo de doença e sofre. A possibilidade de ganhos psicossociais ou econômicos pode tornar-se um estímulo para desempenhar o “papel de doente” indefinidamente (LAZZARO e AVILA, 2004).

Sob o ponto de vista psicodinâmico, alguns autores 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 de culpa através do sofrimento), ou para obtenção de “vantagens pessoais” (- Manipulação das relações interpessoais; – Liberação de obrigações e responsabilidades; -Obtenção de cuidados e de atenção, de uma relação pessoal mais intensa ou da simpatia de outras pessoas; – Uma compensação econômica). É importante lembrar que todo esse processo se dá em nível inconsciente e não difere em nada dos usos psicológicos das doenças confirmadas (LAZZARO e AVILA, 2004).

Estabelecer tratamento para esses pacientes tem se mostrado um assunto complexo e propício a divergências. O diagnóstico completo vai desde propostas que privilegiam um "enfoque médico" (importância das avaliações clínicas, papel fundamental do clínico na condução do tratamento, uso de medicamentos), até outras que se centram nos cuidados psicológicos dos pacientes (BOZELI, 2007).

Segundo Sadock e Sadock (2007) para o diagnóstico de transtorno de somatização, segundo o DSM-IV-TR, é fundamental que seu início aconteça antes dos 30 anos. Observe a tabela 1.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno de somatização

- A. Uma história de muitas queixas físicas com início antes dos 30 anos, 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 de funcionamento do indivíduo.
- B. Cada um dos seguintes critérios deve ter sido satisfeito, com os sintomas individuais ocorrendo em qualquer momento durante o curso do distúrbio:
- (1) Quatro sintomas dolorosos: uma história de dor relacionada a pelo menos quatro locais ou funções diferentes (p.ex., cabeça, abdome, costas, articulações, extremidades, tórax, reto, durante a menstruação, durante a relação sexual ou durante a micção).
 - (2) Dois sintomas gastrointestinais: uma história de pelo menos dois sintomas gastrointestinais outros que não dor (por ex., náusea, inchaço, vômito outro que não durante a gravidez, diarreia ou intolerância a diversos alimentos)
 - (3) Um sintoma sexual: uma história de pelo menos um sintoma sexual ou reprodutivo ou outro que não dor (por ex., indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, irregularidade menstrual, sangramento menstrual excessivo, vômito durante toda a gravidez)
 - (4) Um sintoma pseudoneurológico: uma história de pelo menos um sintoma ou déficit sugerindo um problema neurológico não limitado à dor (sintomas conversivos tais como prejuízo de coordenação ou equilíbrio, paralisia ou fraqueza localizada, dificuldade na deglutição ou nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de tato ou dor, diplopia, cegueira, surdez, convulsões, sintomas dissociativos tais como amnésia ou perda da consciência outra que não por desmaio).
- C. (1) ou (2)
- (1) Após investigação apropriada, nenhum dos sintomas no critério B pode ser completamente explicado por uma condição médica geral conhecida ou pelos efeitos diretos de uma substância (p. ex, droga de abuso, medicamento).
 - (2) Quando existe uma condição médica geral relacionada, as queixas físicas ou o prejuízo social ou ocupacional resultante excedem o que seria esperado a partir da história, do exame físico ou dos achados laboratoriais.
- D. Os sintomas não são intencionalmente produzidos ou simulados (como no transtorno Factício ou na Simulação).

Fonte: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders . 4th ed. Text ver.. Washington, DC: American Psychiatric Association; copyright 2000, apud SADOCK e SADOCK, 2008.

A principal característica do transtorno de somatização são as múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas com relatos longos e complicados,

sendo muito mais comum nas mulheres. Geralmente os sintomas somáticos se iniciam na adolescência, sendo que nas mulheres queixas de dificuldades menstruais podem representar um dos sintomas mais precoces. O início de múltiplos sintomas físicos em um período tardio da vida é quase sempre devido a uma condição médica geral. Como a exclusão de causas orgânicas que justifiquem as queixas é obrigatória, o diagnóstico de transtorno de somatização não deve ser suspeitado de maneira prematura, sem que antes uma anamnese minuciosa e um exame físico detalhado tenham sido feitos. Uma queixa somática 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 (NETO e MARCHETTI, 2009).

Geralmente esses pacientes procuram primeiramente um clínico geral, na espera de serem encaminhados para especialistas. Considerando a atenção básica, 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 ou dependência de substâncias psicoativas), se tem um padrão de alta utilização dos serviços de saúde (extensas investigações diagnósticas e/ou internações repetidas), fatores específicos nos antecedentes (familiares, pessoais e sociais) e se já teve rejeição por médicos anteriores. Aliados às queixas típicas, estes são os principais indícios de somatização (LAZZARO e AVILA, 2004).

Os médicos clínicos, infelizmente, explicam ao paciente que ele não tem doença física, que tudo é coisa da sua cabeça. Mas esse 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 e ele procura outro profissional. Um estudo mostrou que os pacientes com transtorno de somatização enxergavam os médicos como incompetentes e inexperientes se suas explicações questionassem a realidade dos sintomas (LAZZARO e AVILA, 2004).

Dar um nome ao problema do paciente como “síndrome da fadiga”, “lombalgia”, ajuda o paciente a se identificar com o modelo tradicional de doença melhorando a relação médico-paciente e concentrando esforços em um melhor funcionamento global (LAZZARO e AVILA, 2004).

Os pacientes com transtornos de somatização precisam de um relacionamento empático e de longo prazo com um único clínico, já que, quanto mais médicos estão envolvidos, mais oportunidades esses pacientes têm para expressarem queixas

somáticas. O médico da atenção básica deve ver o paciente durante consultas regularmente marcadas, geralmente, em intervalos mensais. As consultas devem ser relativamente breves; embora um exame físico parcial deva ser conduzido para responder a cada nova queixa do paciente. Procedimentos laboratoriais e diagnósticos adicionais devem, geralmente, ser evitados. Uma vez que o transtorno de somatização tenha sido diagnosticado, o médico deve escutar as queixas somáticas como expressões emocionais, ao invés de como queixas físicas. Entretanto, os pacientes com transtornos de somatização também podem apresentar doenças físicas genuínas; portanto, os médicos devem sempre usar um julgamento criterioso acerca dos sintomas a serem abordados e a forma de fazê-lo. Uma estratégia razoável de longo prazo para um médico de atendimento primário que esteja tratando um paciente com transtorno de somatização é aumentar a conscientização do mesmo quanto à possibilidade de que fatores psicológicos estejam envolvidos nos sintomas, até que o paciente se disponha a procurar um profissional da saúde mental, especialmente um psiquiatra, em caráter regular (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

De acordo com Lazzaro e Avila (2004), no começo do tratamento o médico deve avaliar 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 tranquilização. 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 e, portanto, é apenas parte do tratamento. A consulta psiquiátrica pode ser útil (quando o paciente aceita o encaminhamento) para avaliar um transtorno de personalidade, 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.

A psicoterapia, tanto individual quanto de grupo, diminui os gastos médicos dos pacientes com transtorno de somatização em até 50%, em parte pela diminuição de suas taxas de hospitalização. Nos contextos de psicoterapia, os pacientes são ajudados a lidar com seus sintomas, a expressar emoções subjacentes e a desenvolver estratégias alternativas para a expressão de seus sentimentos (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Dentre as principais estratégias e condutas para a abordagem do paciente somatizador, destacam-se: consultas curtas, 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. (LAZZARO e AVILA, 2004).

2.2.2 - Transtorno Conversivo (F44.9)

O transtorno conversivo é uma alteração do funcionamento corporal que não se adequa aos conceitos atuais de anatomia e fisiologia do sistema nervoso central e periférico. Ocorre tipicamente em uma situação de estresse e produz redução considerável do desempenho (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997)

O DMS-IV-TR define o transtorno conversivo como um transtorno caracterizado pela presença de um ou mais sintomas neurológicos (por exemplo, paralisia, cegueira e parestesias) que não podem ser explicados por um transtorno neurológico ou sistêmico conhecido. Além disso, o diagnóstico requer que fatores psicológicos estejam associados com o início ou a exacerbação dos sintomas (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Fizman (2007) cita que os transtornos conversivos estavam ligados historicamente ao conceito de histeria até 1980 e eram considerados pelo DSM-II variantes de um transtorno único, a neurose histérica. Apesar de o papel das experiências traumáticas na gênese da histeria ser reconhecido desde os escritos de Janet, Freud e Breuer, somente na década de 80 ressurgiu o interesse na dissociação como uma resposta ao trauma. Nesta época, o DSM-III criou uma categoria isolada para os transtornos dissociativos, separando-os dos conversivos, sendo estes incluídos na categoria geral de transtornos somatoformes. A partir da sua separação da neurose histérica, o seu “componente psíquico” (dissociação) vem ganhando destaque crescente nas investigações sobre trauma emocional e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ao passo que o seu “componente físico/neurológico” (conversão) permanece pouco estudado.

No agrupamento “transtornos dissociativos”, a APA (Associação de Psiquiatria Americana) optou por considerar o status dos sintomas ‘pseudoneurológicos’ que afetem consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente como diferenciado dos transtornos ‘somatoformes’. Já os transtornos conversivos, que representam perdas de

funções neurológicas periféricas sem justificativa médica, foram incluídos entre os 'somatoformes'. Curiosamente, é na descrição do transtorno conversivo que a APA deixa transparecer a maior tolerância no DSM quanto à etiologia 'psicodinâmica', uma espécie de "fóssil vivo" de classificações anteriores em meio às novas categorias, mencionando explicitamente no critério B: "Fatores psicológicos são julgados como associados com o sintoma ou o déficit [de função motora ou sensorial voluntária], uma vez que o início ou a exacerbação do sintoma ou déficit é precedido por conflitos ou outros estressores" (APA, 2002). Para a OMS, o status dos quadros conversivos e dissociativos foi considerado semelhante, o que mantém a tradição histórica anterior de se referir a eles como tipos de histeria, respectivamente de conversão e de dissociação: ambos os quadros estão incluídos na categoria transtornos conversivos (dissociativos). No CID-10, o termo dissociativo ganha preponderância, mesmo em quadros classicamente nomeados como conversivos, por exemplo, afonia e surdez 'psicogênicas' (OMS, 1993). A tabela 2.3 apresenta um resumo dos transtornos dissociativos e conversivos de ambas as classificações, com breves descrições – com a ressalva de que alguns quadros dissociativos complexos como transtornos de personalidade múltipla ou síndrome de Ganser não foram incluídos na tabela por não representarem quadros pseudoneurológicos (TOFOLI, 2004).

Tabela 2 - Transtornos dissociativos (ou dissociativos-conversivos) com sintomas físicos sem explicação médica	CID-10	DSM-IV-TR
Amnésia dissociativa. Perda de memória não decorrente de transtorno mental orgânico, em geral de eventos estressantes	F44.0	300.12
Fuga dissociativa. Jornada aparentemente propositada para longe de casa, com amnésia parcial ou total, não decorrente de transtorno orgânico (epilepsia temporal, por exemplo).	F44.1	300.13
Estupor dissociativo (CID). Estupor sem transtorno físico ou psiquiátrico que possa explicá-lo, com evidência de eventos estressantes.	F44.2	Incluído em 300.5
Transtornos de transe e possessão (CID). Perda não psicótica e temporária do senso de identidade pessoal, em alguns casos sendo tomado por uma "força" (possessão) fora de contexto cultural justificável, contra a vontade do indivíduo.	F44.3	Incluído em 300.15?
Transtornos motores dissociativos (CID). Qualquer tipo de ataxia, apraxia, acinesia, afonia, disartria, discinesia ou paralisia sem explicação médica com provável etiologia psicossocial.	F44.4	300.11
Convulsões dissociativas (CID). Pseudoconvulsões com provável etiologia psicossocial.	F44.5	300.11
Anestesia e perda sensorial dissociativas (CID). Anestesia, parestesia, cegueira, anosmia, surdez ou outra perda sensorial sem explicação médica com provável etiologia psicossocial.	F44.6	300.11
Transtornos dissociativos (ou conversivos) mistos (CID).	F44.7	300.15
Transtorno dissociativo (ou conversivo) não especificado (CID) ou transtorno dissociativo não especificado (DSM). Sintomas dissociativos (ou conversivos, na CID) que causem comprometimento na vida diária sem preencher para nenhum dos outros diagnósticos.	F44.9	300.15

Fonte: Tofoli, 2004.

De acordo com Neto e Marchetti (2009), o diagnóstico de conversão é complexo e muitas vezes só pode ser feito depois de excluir problemas neurológicos. Estudos são raros sobre o assunto. Uma idéia mais aproximada de prevalência pode ser obtida a partir de populações mais específicas, no ambiente clínico ou neurológico. Um exemplo é a prevalência de crises não epiléticas psicogênicas, em sua maioria de natureza conversiva/dissociativa, que se estima ocorram em até 5% dos pacientes em ambulatórios de epilepsia e em até 20% dos casos que são avaliados em centros de epilepsia de difícil controle. Um dos problemas principais com que estes pacientes se defrontam é o alto índice de iatrogenia, pelo tratamento indevido a que são submetidos em função de diagnóstico incorreto.

Segundo Sadock e Sadock (2008) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) a prevalência de alguns sintomas de transtorno conversivo que não comportam suficiente gravidade para um diagnóstico pode ocorrer em até um terço da população geral em algum momento, durante suas vidas.

Os dados indicam que é mais comum nas populações rurais, em pessoas com menos instrução, com quociente de inteligência baixo, nos grupos socioeconômicos inferiores, e no pessoal militar que esteve exposto a situações de combate. O transtorno conversivo se associa de forma mais direta a diagnósticos co-mórbidos de transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade e esquizofrenia (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997)

De acordo com a teoria psicanalítica, o transtorno conversivo é causado pela repressão de conflitos intrapsíquicos inconscientes, convertendo a ansiedade num sintoma físico. O conflito ocorre entre um impulso instintivo (por ex., agressivo ou sexual) e as proibições à sua expressão. Os sintomas permitem a expressão parcial do desejo ou necessidade proibida, mas disfarçam-na de modo que os pacientes não necessitem enfrentar conscientemente seus impulsos inaceitáveis. Ou seja, o sintoma conversivo tem uma relação simbólica com o conflito inconsciente. Os sintomas conversivos também possibilitam que os pacientes comuniquem sua necessidade por consideração e por tratamento especiais. Esses sintomas podem, assim, funcionar como um meio não-verbal de controlar ou manipular os outros (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

O DSM-IV-TR estreita um dos critérios diagnósticos para o transtorno conversivo existentes no DSM-III e DSM-III-R, tornando-o novamente similar ao que era na segunda edição (DSM-II). Especificamente, o DSM-IV-TR limita o diagnóstico de transtorno conversivo àqueles sintomas que afetam uma função motora voluntária ou sensorial –

isto é, sintomas neurológicos. Os pacientes que reúnem os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR ou DSM-III-R mas têm sintomas não-neurológicos (por exemplo, pseudocieira) são classificados, atualmente, como tendo transtorno somatoforme sem outra especificação. O médico não é capaz de explicar os sintomas neurológicos unicamente com base em qualquer condição neurológica conhecida (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997)

O diagnóstico de transtorno conversivo exige que o médico encontre uma associação necessária e crítica entre a causa do sintoma neurológico e fatores psicológicos, embora o sintoma possa não ser o resultado de simulação ou transtorno factício. O diagnóstico de transtorno conversivo também exclui sintomas dolorosos e de disfunção sexual e sintomas que ocorrem apenas no transtorno de somatização (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Tabela 3 – Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno conversivo

A. Um ou mais sintomas ou déficits afetando a função motora ou sensorial voluntária, que sugerem uma condição neurológica ou outra condição médica geral.

B. fatores psicológicos são julgados como associados com o sintoma ou déficit, uma vez que o início ou a exacerbação do sintoma ou déficit, uma vez que o início ou a exacerbação do sintoma ou déficit é precedido por conflitos ou outros estressores.

C. O sintoma ou déficit não pode, após investigação apropriada, ser completamente explicado por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por um comportamento ou experiência culturalmente aceitos.

D. O sintoma ou déficit não pode, após investigação apropriada, ser completamente explicado por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por comportamento ou experiência culturalmente aceitos.

E. O sintoma ou déficit 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 déficit não se limita a dor ou disfunção sexual, não ocorre exclusivamente durante o curso de um transtorno de somatização, nem é melhor explicado por outro transtorno mental.

Especificar tipo de sintoma ou déficit:

Com sintoma ou déficit motor

Com sintoma ou déficit sensorial

Com ataques ou convulsões

Com quadro misto

Fonte: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; copyright 2000, apud SADOCK e SADOCK, 2008.

Neto e Marchetti (2009) ressaltam que diversas condições neurológicas devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de um sintoma conversivo. A distinção entre um sintoma conversivo e a presença de uma condição neurológica pode ser trabalho árduo e, muitas vezes, complexo, mas de extrema importância. Decisões diagnósticas precipitadas ou baseadas em critérios subjetivos podem ocasionar erros graves. Desta maneira, a exatidão na investigação diagnóstica diferencial de problemas neurológicos deve ser o objetivo primordial na presença de qualquer sintoma conversivo, evitando que doenças graves e potencialmente fatais passem despercebidas ou que o paciente seja submetido a tratamentos iatrogênicos na ausência de patologia orgânica.

Os sintomas conversivos geralmente têm início abrupto e curso variado. O início das queixas está associado com eventos estressores significativos. A duração dos sintomas tende a ser curta, mas não sempre, com remissão ocorrendo dentro de 2 semanas após resolução do conflito ou da situação estressora desencadeante. Os sintomas conversivos geralmente mimetizam doenças neurológicas agudas e podem ter apresentações motoras ou sensitivas das mais variadas formas. Mais raramente podem se apresentar como sintomas viscerais ou autonômicos (NETO e MARCHETTI, 2009).

Cerca de 90 a 100% dos pacientes com transtorno conversivo têm seus sintomas iniciais resolvidos espontaneamente em menos de um mês. Cerca de 75% não apresentam um segundo episódio e 25% apresentam episódios adicionais durante situação estressante. A resolução dos sintomas do transtorno conversivo é geralmente espontânea, embora provavelmente seja facilitada por terapia de apoio orientada para o insight ou terapia comportamental. Hipnose, ansiolíticos e exercícios comportamentais de relaxamento são eficazes em alguns casos. Amobarbital ou Lorazepam parenteral podem ser úteis para a obtenção de informações históricas adicionais, especialmente se um evento traumático foi vivenciado recentemente. Os enfoques psicodinâmicos incluem psicanálise e psicoterapia orientada para o insight, onde os pacientes exploram conflitos intrapsíquicos e o simbolismo do sintoma do transtorno conversivo. As formas breves e diretas de psicoterapia também têm sido usadas para o tratamento do transtorno conversivo. Quanto maior o tempo que os pacientes passaram no papel de doentes e quanto maior a regressão, mais difícil é o tratamento (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

2.2.3 – Hipocondria (F45.2)

Ao longo da história, de forma semelhante à da histeria, a hipocondria passou por um processo gradual de distanciamento da causação “etimológica” e se transformou, ao longo do século XIX, primeiro numa doença ‘neurológica’ e depois numa doença ‘mental’. Mais do que isso, sua serventia como síndrome somática exclusiva foi sendo progressivamente substituída por uma miríade de quadros. A consequência disso é que a hipocondria significa, hoje em dia, exclusivamente uma preocupação excessiva – não psicótica – com a possibilidade de adoecimento físico (TOLOFI, 2004).

De acordo com Campos et al (2010), caracteriza-se basicamente pela crença irreal ou medo (do indivíduo) de ser portador de uma doença grave. É resultado de uma interpretação errônea por parte do paciente acerca de sintomas ou funções orgânicas. O termo hipocondria vem do termo hipocôndrio (“abaixo das costelas”) e se refere às múltiplas queixas abdominais desses pacientes. Enquanto a preocupação do paciente ansioso é com os sintomas, a do paciente hipocondríaco é com a possibilidade de estar vitimado por algum mal, uma doença grave.

Martins (2007) coloca que a característica essencial deste transtorno é uma preocupação com a presença eventual de um ou vários transtornos somáticos graves e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou uma preocupação duradoura com sua aparência física. Sensações e sinais físicos normais ou triviais são freqüentemente interpretados pelo sujeito como anormais ou perturbadores. Existe freqüentemente grau importante de depressão e ansiedade associado, o que pode justificar um diagnóstico suplementar.

Nos critérios diagnósticos para hipocondria, o DSM-IV-TR observa que os sintomas refletem uma má interpretação de sinais e sintomas físicos. Um razoável volume de dados indica que os hipocondríacos aumentam e amplificam suas sensações somáticas; eles têm limiares de dor mais baixos que o habitual e uma menor tolerância ao desconforto físico. Por exemplo, o que um indivíduo percebe normalmente como pressão abdominal, o hipocondríaco percebe como dor abdominal. A pessoa hipocondríaca pode focalizar-se em sensações corporais, interpretá-las inadequadamente e alarmar-se em razão de um esquema cognitivo falho (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para hipocondria exigem que o paciente esteja preocupado com a falsa crença de ter uma doença séria e que a mesma esteja baseada em uma interpretação errônea de sinais ou sensações físicas. Os critérios diagnósticos exigem que o quadro dure pelo menos seis meses, apesar da ausência de

achados patológicos em exames médicos e neurológicos. O diagnóstico de hipocondria também exige que a crença não possua a intensidade de um delírio nem esteja restrita a sofrimento acerca da aparência. Contudo, os sintomas da hipocondria precisam ter intensidade suficiente para causar sofrimento ou comprometer a capacidade do paciente para atuar em áreas importantes da vida. O médico pode especificar a presença de fraco insight se o paciente não reconhece conscientemente que suas preocupações sobre a doença são excessivas (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Tabela 4 – Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para hipocondria

A. Preocupação com temores de ter, ou a idéia de que o indivíduo tem uma doença grave, com base na interpretação equivocada dos próprios sintomas somáticos.
B. A preocupação persiste, apesar de uma avaliação e garantias médicas apropriadas.
C. A crença do Critério A não apresenta intensidade delirante (como no transtorno delirante, tipo somático), nem se restringe a uma preocupação circunscrita com aparência (como no transtorno dismórfico corporal)
D. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
E. A duração do distúrbio é de pelo menos seis meses.
F. A preocupação não é mais bem-explicada por um transtorno de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico, episódio depressivo maior, ansiedade de separação outro transtorno somatoforme.
Especificar se: Com insight pobre: se, na maior parte do tempo durante o episódio atual, o indivíduo não reconhece que a preocupação com a idéia de ter uma doença grave é excessiva ou irracional.

Fonte: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; copyright 2000, apud SADOCK e SADOCK, 2008.

Os pacientes hipocondríacos acreditam ter uma doença grave, ainda não detectada, e não podem ser persuadidos do contrário. Podem manter, também, uma crença de terem uma determinada doença ou, à medida que o tempo progride, podem mudar sua crença sobre a doença específica. A convicção persiste apesar de resultados laboratoriais negativos, do curso benigno da suposta doença ao longo do tempo e de garantias médicas apropriadas. Contudo, a crença não é tão fixa a ponto de constituir um delírio. A hipocondria freqüentemente é acompanhada por sintomas de depressão e ansiedade e geralmente coexiste com um transtorno depressivo ou de ansiedade (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Embora o DSM-IV-TR especifique que os sintomas devem estar presentes por, pelo menos, seis meses, estados hipocondríacos temporários podem ocorrer após

estresses importantes, como a morte ou doença grave de um ente querido ou um problema pessoal de saúde ameaçador à vida que foi resolvido, mas cujo sofrimento deixa o paciente temporariamente hipocondríaco. Esses estados hipocondríacos que duram menos que seis meses devem ser diagnosticados como transtorno somatoforme sem outra especificação. As respostas hipocondríacas transitórias geralmente apresentam remissão quando o estresse é resolvido, mas podem tornar-se crônicas, se reforçadas por pessoas do convívio social do paciente ou por profissionais da saúde (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os pacientes hipocondríacos geralmente resistem ao tratamento psiquiátrico. Alguns o aceitam se este ocorre em um contexto médico e focaliza a redução do estresse e educação sobre o manejo da doença crônica. Entre esses pacientes, a psicoterapia de grupo é a modalidade de escolha, em parte porque oferece o apoio social e a interação social que parece reduzir sua ansiedade. A terapia individual orientada para o insight pode ser útil, mas geralmente não tem sucesso (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK E GREBB, 1997.)

A farmacoterapia alivia os sintomas hipocondríacos apenas quando há uma condição subjacente que responde a drogas, como um transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo maior. Quando a hipocondria é secundária a algum outro transtorno mental primário, este transtorno deve ser tratado. Quando a hipocondria representa uma reação situacional transitória, o médico deve ajudar o paciente a conviver com o estresse, sem reforçar o comportamento de doente e o uso do papel de enfermo como uma solução para os seus problemas (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

2.2.4 – Transtorno dismórfico corporal (F45.2)

Pessoas que padecem de transtorno dismórfico corporal apresentam uma sensação subjetiva de serem muito feios em determinado segmento da sua imagem, mesmo sendo normais ou quase normais. Ele se julga pouco atraente ou até repulsivo. O transtorno dismórfico corporal é uma preocupação com um defeito corporal imaginário (por ex., nariz malformado) ou uma distorção exagerada de um defeito mínimo ou sem importância. Esse medo é raramente minimizado pelo reassegurar sua normalidade ou por elogios, ainda que o paciente típico tenha aparência normal. Para que esta preocupação seja considerada um transtorno mental, é preciso haver sofrimento

significativo ou a preocupação precisa estar associada com prejuízo na vida pessoal, social ou ocupacional do paciente (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

O transtorno dismórfico corporal é uma condição mal estudada, em parte porque os pacientes procuram mais frequentemente a dermatologistas, internistas ou cirurgiões plásticos do que a psiquiatras. A idade de início mais comum é entre 15 a 30 anos e as mulheres são afetadas com mais frequência do que os homens. Os pacientes mais frequentemente são solteiros (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Sua causa é desconhecida. A alta co-morbidade com transtornos depressivos, a ocorrência familiar de transtorno do humor e transtorno obsessivo compulsivo maior do que a esperada, assim como sua característica responsiva a medicamentos específicos para recaptção de serotonina indicam que, pelo menos em alguns pacientes, sua fisiopatologia pode estar relacionada à serotonina, associando-se a outros transtornos mentais. Conceitos estereotipados de beleza podem afetar significativamente os pacientes com transtorno dismórfico corporal. Em modelos psicodinâmicos, ele é visto como reflexo de um deslocamento de conflitos sexuais ou emocionais para partes não correlatas do corpo. Essa associação ocorre por meio dos mecanismos de defesa de repressão, dissociação, distorção, simbolização e projeção (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os critérios de diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno dismórfico corporal estipulam preocupação com um defeito imaginário na aparência ou ênfase excessiva em um defeito mínimo. A preocupação causa sofrimento emocional significativo ou compromete de forma marcante a capacidade de desempenho em áreas importantes (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Tabela 5 – Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno dismórfico corporal

- A. Preocupação com um defeito imaginário na aparência. Se uma ligeira anomalia física está presente, a preocupação do indivíduo é acentuadamente excessiva.
- B. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. A preocupação não é melhor explicada por outro transtorno mental (p. ex., insatisfação com a forma e o tamanho do corpo na anorexia nervosa)

Fonte: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; copyright 2000, apud SADOCK e SADOCK, 2008

As preocupações mais importantes envolvem as imperfeições faciais, particularmente as relacionadas a partes específicas (p. ex., o nariz). Por vezes, a preocupação é vaga e difícil de compreender, como a de uma preocupação extrema com um queixo “amassado”. Sintomas recorrentes associados incluem idéias ou delírios francos de referência, tanto verificação excessiva em espelhos ou evitação de superfícies refletidas, e tentativas de ocultar a deformidade presumida. Os efeitos sobre a vida do indivíduo podem ser significativos; quase todos evitam a exposição social e ocupacional. Cerca de um terço deles evita sair da sua casa por medo de ser ridicularizado, e até um quinto tenta o suicídio. Como já mencionado, a concomitância de transtorno depressivo e transtorno de ansiedade são comuns, e os pacientes ainda podem apresentar traços de transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, esquizóide e narcisista (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

O tratamento de pacientes com transtorno dismórfico corporal com procedimentos cirúrgicos, dermatológicos, dentários ou outras intervenções médicas para resolver os defeitos alegados é quase invariavelmente mal sucedido. Embora os medicamentos tricíclicos, os inibidores da monoaminoxidase e a pimozida (Orap®), conforme Sadock e Sadock (2008) relatam, tenham sido úteis em casos individuais, um número maior de dados indica que os medicamentos específicos para a serotonina – por exemplo, a clomipramina e fluoxetina – reduzem os sintomas em pelo menos 50% dos casos. Em qualquer paciente com um transtorno mental coexistente, como um transtorno depressivo ou um transtorno de ansiedade, este deve ser tratado com a farmacoterapia e a psicoterapia apropriadas. Não se sabe por quanto tempo o tratamento deve ser continuado após a remissão dos sintomas do transtorno dismórfico corporal (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

O início de um transtorno dismórfico corporal costuma ser gradativo. Um indivíduo pode se tornar cada vez mais preocupado com uma parte particular do corpo até que perceba que seu desempenho está sendo afetado. A seguir pode procurar assistência médica ou cirúrgica para resolver o problema presumido. O nível de preocupação pode ir e vir com o tempo, embora o transtorno em geral seja crônico se não for tratado (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

2.2.5 – Transtorno doloroso (F45.4)

Segundo Martins (2007), no transtorno doloroso, o paciente se refere a uma dor persistente, intensa e angustiante, não inteiramente explicável por um processo

fisiológico ou um transtorno físico. Ocorre num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno. O resultado é, em geral, uma maior atenção em suporte e assistência pessoal e médica. Uma dor considerada como psicogênica, mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia, não deve ser aqui classificada.

A dor é talvez a queixa mais freqüente na prática médica e síndromes de dor intratável são comuns. A dor lombar incapacita cerca de 7 milhões de pessoas nos Estados Unidos e é responsável por mais de 8 milhões de consultas médicas todos os anos. (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os pacientes que experimentam dores corporais sem causas físicas adequadas identificáveis podem estar expressando simbolicamente com elas um conflito intrapsíquico. Alguns pacientes sofrem de alexitimia, uma condição na qual são incapazes de expressar seus sentimentos internos por palavras e o fazem com o corpo. Outros pacientes podem, inconscientemente, considerar o sofrimento emocional como sinal de fraqueza e, conseqüentemente, sem legitimidade. Deslocando o problema para o corpo, eles podem sentir-se legitimamente justificados para satisfazer suas necessidades de dependência. O significado simbólico das perturbações corporais também pode relacionar-se à expiação de culpa ou agressão suprimida. Muitos têm dor intratável, que não responde ao tratamento em virtude de sua crença de merecer o sofrimento por sua tendência má e pecadora (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

A dor pode funcionar como um método para a obtenção de amor, punição por erros cometidos e um modo de expiar a culpa e compensação de um sentimento íntimo de ser mau. Entre os mecanismos de defesa usados pelos pacientes com transtorno doloroso estão o deslocamento, a substituição e a repressão. A identificação está envolvida, quando o paciente assume o papel do objeto de amor ambivalente, que também tem dor, como um dos seus pais (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997)

Os comportamentos ligados à dor são reforçados, quando recompensados, e inibidos, quando ignorados ou punidos. Por exemplo, sintomas moderados de dor podem tornar-se intensos quando acompanhados pelo comportamento solícito e atencioso de outros, por ganho monetário ou pela esquiva bem-sucedida a atividades desagradáveis (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para o transtorno doloroso exigem a presença de queixas de dor clinicamente significativas. Essas queixas de dor devem ser consideradas significativas se afetadas por fatores psicológicos e se resultarem em sofrimento emocional significativo ou prejuízo funcional (por ex., social ou ocupacional) do paciente. O diagnóstico exige que o transtorno doloroso seja relacionado tanto a um fator psicológico quanto a uma condição médica sistêmica. Se o transtorno doloroso estiver associado unicamente a uma condição médica sistêmica deve ser diagnosticado como uma condição do Eixo III. O DSM-IV-TR também permite que o médico especifique se o transtorno doloroso é agudo ou crônico, dependendo dos seus sintomas durarem seis meses ou mais (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Tabela 6 – Critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para transtorno doloroso

- A. Dor em um ou mais sítios anatômicos é o foco predominante do quadro clínico, com suficiente gravidade para indicar atenção clínica.
- B. A dor causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- C. Fatores psicológicos supostamente exercem um papel importante no início, gravidade, exacerbação e manutenção da dor.
- D. O sintoma ou déficit não é intencionalmente produzido ou simulado (como no transtorno factício ou na simulação)
- E. A dor não é mais bem explicada por um transtorno do humor, transtorno de ansiedade ou transtorno psicótico e não satisfaz os critérios para dispareunia.

Codificar como a seguir:

Transtorno doloroso associado com fatores psicológicos: Os fatores psicológicos exercem supostamente um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor (se uma condição médica geral está presente, ela não desempenha um papel importante no início, na gravidade, na exacerbação ou na manutenção da dor). Esse tipo de transtorno doloroso não é diagnosticado se também são satisfeitos os critérios para transtorno de somatização.

Especificar se:

Agudo: duração inferior a seis meses

Crônico: duração superior a seis meses

Transtorno doloroso associado tanto com fatores psicológicos quanto com uma condição médica geral: tanto fatores psicológicos quanto uma condição médica geral supostamente, exercem importantes papéis no início, na gravidade, na exacerbação ou na manutenção da dor. A condição médica geral associada ou o sítio anatômico da dor

Especificar se:

Agudo: duração inferior a seis meses

Crônico: duração superior a seis meses

Nota: o que vem a seguir não é considerado transtorno mental, sendo incluído aqui para facilitar o diagnóstico diferencial.

Transtorno doloroso associado com uma condição médica geral: uma condição médica geral desempenha um papel preponderante no início, na gravidade, na exacerbação ou na manutenção da dor (se fatores psicológicos estão presentes, eles supostamente não têm um papel importante no início, na gravidade, na exacerbação ou na manutenção da dor). O código diagnóstico para a dor é selecionado com base na condição médica geral associada, se alguma foi estabelecida, ou no sítio anatômico da dor, se a condição médica geral subjacente não foi claramente estabelecida – por exemplo, dor lombar, ciática, pélvica, de cabeça, facial, torácica, articular, óssea, abdominal, mamária, renal, de ouvido, nos olhos, de garganta, de dentes e urinária.

Fonte: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text rev. Washington, DC: American Psychiatric Association; copyright 2000, apud SADOCK e SADOCK, 2008.

Os pacientes com transtorno doloroso não constituem um grupo uniforme, mas um misto de pacientes heterogêneos com variadas dores, tais como dor lombar inferior, cefaléia, dor facial atípica e dor pélvica crônica. A dor dos pacientes pode ser pós-traumática, neuropática, neurológica, iatrogênica ou músculo-esquelético. Entretanto, para satisfazer um diagnóstico de transtorno doloroso, deve haver um fator psicológico considerado significativamente envolvido nos sintomas de dor e suas ramificações (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os pacientes, muitas vezes, têm longas histórias de cuidados médicos e cirúrgicos, consultas a muitos médicos e solicitação de muitos medicamentos. Eles podem ser especialmente insistentes em seu desejo por cirurgia. Na verdade, essas pessoas podem estar completamente envolvidas com sua dor, citando-a como uma fonte de todo o seu sofrimento. Esses pacientes freqüentemente negam quaisquer outras fontes de sofrimento emocional e sustentam que suas vidas são plenas de felicidade, exceto pela dor. Os pacientes com transtorno doloroso podem ter seu quadro clínico complicado por transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, usadas com o intuito de minimizar a sua dor (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Como talvez não seja possível reduzir a dor, o enfoque terapêutico deve abordar a reabilitação. O médico deve discutir a questão dos fatores psicológicos desde a fase inicial do tratamento, dizendo francamente aos pacientes que os mesmos são importantes como causa e conseqüência tanto da dor física quanto da psicogênica. O terapeuta deve também explicar como os vários circuitos cerebrais (tais como o sistema límbico) podem influenciar os trajetos sensoriais da dor. Um exemplo é o de que bater com a cabeça enquanto está se divertindo parece doer menos do que quando se está

zangado ou trabalhando. Entretanto, o terapeuta deve ter plena compreensão de que a dor do paciente é real (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Os medicamentos analgésicos não são úteis para o tratamento do transtorno doloroso, na maioria dos casos. Além disso, abuso e dependência de substâncias são, freqüentemente, problemas importantes para os pacientes que recebem tratamento prolongado com analgésicos. Agentes sedativos e ansiolíticos não são especialmente benéficos e, muitas vezes, tornam-se problema devido ao freqüente abuso, uso incorreto e efeito colaterais. Os antidepressivos como os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs) são os mais eficazes no tratamento medicamentoso do transtorno doloroso. (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Alguns dados sobre resultados terapêuticos indicam que a psicoterapia psicodinâmica é útil para pacientes com transtorno doloroso. O primeiro passo na psicoterapia consiste em desenvolver uma sólida aliança terapêutica, demonstrando solidariedade pelo sofrimento do paciente. Os clínicos não devem contestar os pacientes com comentários como “tudo isso está na sua cabeça”. Para o paciente a dor é real e o clínico deve reconhecer sua realidade, embora suspeite de sua origem basicamente intrapsíquica. Um ponto inicial útil para a abordagem dos aspectos emocionais da dor consiste em examinar as ramificações interpessoais relacionadas à dor na vida do paciente. Na terapia de casais, por exemplo, o psicoterapeuta pode ter acesso à fonte da dor psicológica do paciente e à função das queixas físicas em relacionamentos significativos (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

A dor no transtorno doloroso, em geral, começa abruptamente e aumenta em severidade durante as próximas semanas ou meses. O prognóstico para os pacientes com transtorno doloroso varia, embora o mesmo, muitas vezes, possa ser crônico, angustiante e completamente incapacitante. Quando os fatores psicológicos predominam no transtorno doloroso, a dor pode ceder com o tratamento ou após a eliminação do reforço externo. Os pacientes de pior prognóstico, com ou sem tratamento, são os que têm problemas caracterológicos preexistentes, especialmente passividade pronunciada; estão envolvidos em litígios ou recebem compensações financeiras; usam substâncias aditivas e têm longas histórias de dor (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997)

2.2.6 - Transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1)

Martins (2007) define transtorno somatoforme indiferenciado quando as queixas somatoformes são múltiplas, variáveis no tempo e persistentes, mas não correspondem ao quadro clínico completo e típico de um transtorno de somatização. Neste caso, o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado deve ser considerado.

O Diagnóstico do DSM-IV-TR de transtorno somatoforme indiferenciado aplica-se a pacientes que apresentam uma ou mais queixas físicas que não podem ser explicadas por uma condição médica conhecida ou que excedem amplamente as queixas esperadas em uma condição médica, mas não satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno somatoforme específico. Os sintomas devem ter estado presentes por um período mínimo de 6 meses e devem causar sofrimento emocional significativo ou prejuízo ao funcionamento social e ocupacional do paciente (SADOCK e SADOCK, 2008; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Dois tipos de padrões sintomáticos podem ser vistos em pacientes com transtorno somatoforme indiferenciado: aqueles envolvendo o sistema nervoso autônomo e aqueles envolvendo sensações de fadiga ou fraqueza. No quadro que, às vezes, é chamado de transtorno de excitação autônoma, alguns pacientes são afetados por sintomas de transtornos somatoformes limitados às funções corporais inervadas pelo sistema nervoso autônomo. Esses pacientes têm queixas envolvendo os sistemas cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, urogenital e dermatológico. Outros pacientes têm queixas de fadiga mental e física, exaustão e fraqueza física e incapacidade para a execução de muitas atividades cotidianas em vista de seus sintomas. Esta síndrome é comumente chamada de neurastenia em outros sistemas diagnósticos. A síndrome pode sobrepor-se à síndrome de fadiga crônica, sobre a qual vários relatos de pesquisas levantam hipóteses, envolvendo fatores psiquiátricos, virológicos e imunológicos (SADOCK e SADOCK, 2008; SADOCK e SADOCK, 2007; KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

2.2.7 – Abordagem farmacológica dos transtornos somatoformes

Os antidepressivos são as substâncias mais usadas para o tratamento dos transtornos somatoformes propriamente ditos, bem como das comorbidades mais

freqüentes, tais como a depressão e a ansiedade, como complemento das várias formas de psicoterapia.

A seguir, citamos os antidepressivos usualmente padronizados na rede pública do estado de Minas Gerais:

1 - Tricíclicos (TCs) de acordo com Pereira (2009):

- a) Amitriptilina – 25 e 75 mg; Imipramina – 25 e 75 mg
- b) Clomipramina – 10, 25 e 75 mg
- c) Nortriptilina – 10, 25 e 50 mg.
- d) Imipramina – 25 e 75 mg

2 - Inibidores da recaptura da serotonina (IRSs) segundo Pereira (2009):

- a) Fluoxetina – 20 mg (uso isolado em pacientes jovens sem comorbidade)
- b) Sertralina – 25, 50 e 100 mg (pacientes idosos)
- c) Citalopran – 20 mg (hepatopatas em uso de várias medicações clínicas)

3 – Antidepressivos de outras classes farmacológicas de acordo com Pereira (2009):

- a) Bupropiona – 150 mg (pacientes com intolerância aos IRSs)
- b) Mirtazapina – 30 mg (cardiopatas e idosos com ansiedade e insônia)

3 - Recomendações segundo Pereira (2009) para o uso destes medicamentos:

- a) Geralmente, a monoterapia é suficiente;
- b) Os antidepressivos têm eficácia similar, diferenciando nos seus efeitos colaterais e na sua segurança;
- c) Na escolha da droga, interrogue usos anteriores e prescreva a que deu melhor resultado;
- d) Se um grupo farmacológico não deu bom resultado (ex. TCs), escolha um medicamento de outro grupo (ex. IRSs);
- e) Fazer avaliação cardiológica de todo paciente com mais de 50 anos e de todos que tenham suspeita de cardiopatia;
- f) Concentrar as doses dos TCs à noite e dos IRSs pela manhã;

- g) Os antidepressivos atingem maior eficácia a partir da terceira ou quarta semana de uso;
- h) Não trocar a medicação a cada contato com o paciente, ao contrário, informe-o sobre seu modo de ação e, caso necessário, ajuste a posologia a cada quatro semanas até a melhora dos sintomas;
- i) Após a redução significativa dos sintomas:
 - Se primeiro episódio: manter medicação por no mínimo seis meses;
 - Se segundo episódio: manter medicação por dois anos;
 - Se terceiro episódio: considerar uso por toda vida com parecer do psiquiatra.

2.3 - Transtornos Somatoformes na Atenção Básica

Como Lazzaro e Ávila (2004) citam, na atenção básica nos deparamos frequentemente com atendimentos de pacientes com várias queixas que não se enquadram em nenhuma base orgânica. Como já definido anteriormente, reforçamos o que foi firmado com o conceito de somatização do médico psiquiatra Lipowiski:

“Somatização é definida aqui como uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuídos a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles” (LAZZARO e AVILA, 2004, p.2).

Nos pacientes com transtorno somatoforme, o sofrimento emocional ou as situações difíceis de vida são experimentados como sintomas físicos. Acredita-se que fatores psicológicos e psicossociais desempenham um papel importante na etiologia dessa condição (LAZZARO e AVILA, 2004).

A Somatização é mais freqüente do que podemos pensar. Pesquisas realizadas em diversos países nas últimas décadas, em serviços de atenção primária, revelam a prevalência de somatizações entre 16 a 50% dos atendimentos. Em um estudo feito na Dinamarca em 1999, clínicos gerais identificaram somatização em 50 a 71% dos pacientes, seguindo os critérios da CID-10. Em outra pesquisa, 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 (LAZZARO e AVILA, 2004).

Coelho e Avila (2007) citam que nos serviços de atenção primária em média 30% dos distúrbios psiquiátricos são diagnosticáveis (podendo estes ser ansiedade ou depressão, na maioria das vezes), e mais da metade manifesta queixas somáticas em vez de psicológicas.

Em uma pesquisa realizada no ano de 1997 pela Organização Mundial da Saúde obteve-se taxas de prevalência global para transtorno de somatização de 0,9% (variando de zero a 3,8% conforme o local pesquisado). Porém, ao expandir o conceito de transtorno de somatização (subsindrômico), foram detectadas taxas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) (COELHO e AVILA, 2007).

Os pacientes com transtorno de somatização geram gastos médicos nove vezes maiores que os outros pacientes, podendo estes variar de seis a nove vezes. Estimativas realizadas nos Estados Unidos mostram que os gastos giram em torno de 50% dos custos de ambulatórios médicos. Observamos, portanto, que a somatização é encontrada com frequência relevante em serviços de atenção primária, gerando altos custos para o sistema de saúde (COELHO e AVILA, 2007).

Diante deste contexto, podemos refletir que a variação de prevalências e os custos associados demonstram a importância e a necessidade de uma melhor compreensão e reconhecimento dessa condição por parte dos profissionais de saúde, o que resultaria em benefícios para os pacientes e os serviços de saúde (COELHO e AVILA, 2007).

Lazzaro e Avila (2004) afirmam que, muitas vezes, a somatização passa despercebida na prática ambulatorial. A maioria dos médicos possui uma formação tradicional, embasada na ciência, na dimensão biológica do corpo humano em oposição à dimensão psicológica e social. A prática médica está voltada para a identificação e o tratamento dos distúrbios orgânicos *ou* dos transtornos mentais, tornando a maioria dos médicos mal preparados para reconhecer e tratar pessoas que “somatizam”.

Quando esses pacientes não são diagnosticados e tratados de forma correta, passam a 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 (LAZZARO e AVILA, 2004).

Na maioria das vezes, o médico fica até incomodado em não achar nada no paciente e dispensa rapidamente aquele paciente que, em sua opinião, “não tem nada” ou cujo problema não é físico, mas sim mental (LAZZARO e AVILA, 2004).

Diante de todo este contexto relacionado aos pacientes somatizadores na atenção primária, podemos notar que os profissionais apresentam um despreparo para trabalhar com eles. Dentre os principais obstáculos encontrados pelos profissionais da atenção primária para corretamente diagnosticar e tratar esses pacientes, destaca-se a forma de apresentação do sofrimento mental nesses casos. Como já foi mencionado anteriormente, a maioria desses indivíduos apresenta sintomas físicos associados às doenças mentais e estes não são compreendidos pelos médicos gerais como manifestações de transtorno mental. Geralmente, o que aparece são queixas somáticas difusas, inespecíficas e mal caracterizadas, que não são reconhecidas como associadas a transtornos mentais e que constituem a maioria dos ditos “pacientes poliqueixosos”, contumazes usuários de serviços médicos (PEREIRA e VIANNA, 2009).

Normalmente, as demandas psicossociais na atenção primária não aparecem de forma clara nas consultas, principalmente se o profissional da saúde não explora a biografia do usuário. Quando o profissional investiga apenas informações relacionadas aos sintomas apresentados, ou seja, estabelece uma abordagem estritamente biomédica, esquecendo-se de explorar o contexto de vida atual do usuário, quase nunca conseguirá detectar problemas emocionais ou sociais que possam ter motivado a busca por atendimento (PEREIRA e VIANNA, 2009).

As doenças psiquiátricas mais prevalentes na atenção básica são somatizações, transtornos depressivos e transtornos ansiosos.

Alguns sintomas físicos ocorrem sem qualquer causa física e, nesses casos, suspeita-se de uma causa psicológica. A maioria deles é breve e está relacionada a situações de estresse, havendo remissão espontânea ou após uma explicação de sua origem efetuada pelo profissional de saúde. Na minoria dos casos, esses sintomas persistem e podem comprometer bastante a qualidade de vida das pessoas, constituindo os transtornos somatoformes. Transtornos ansiosos e depressivos podem também estar presentes (co-morbidades) e por isso devem ser sempre pesquisados. A seguir, apresentamos o fluxograma para a abordagem das somatizações:

Fluxograma de abordagem das somatizações

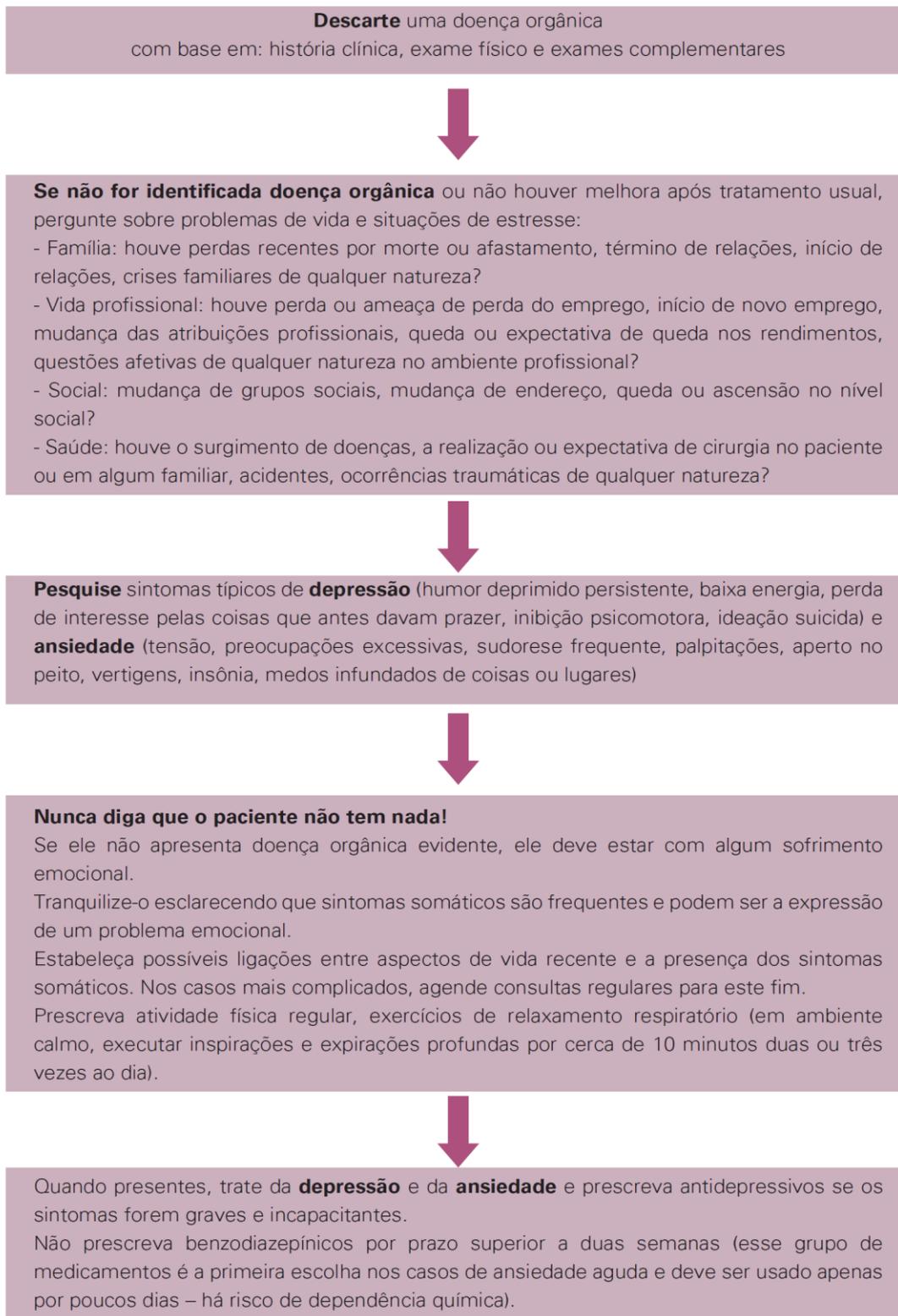


Figura 1 – Fluxograma de Abordagem das Somatizações

Fonte: (PEREIRA, 2009, p. 31)

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos somatoformes são muito freqüentes na atenção primária, gerando altos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde por suas dificuldades diagnósticas e terapêuticas, principalmente para alguns profissionais não muito preparados, os quais, quando bem conscientes de suas limitações, acabam decepcionados com seu trabalho. Os pacientes muito frequentemente se frustram por não receberem o tratamento adequado e acabam cronificando seus quadros. O prontuário eletrônico unificado é um grande recurso para evitar exames e intervenções desnecessários e afastar as medicações que se mostraram ineficazes anteriormente. Isto diminuiria significativamente os elevados custos da assistência aos portadores destas patologias.

Este trabalho procurou analisar os diversos tipos de transtornos somatoformes, principalmente quanto à abordagem adequada dos pacientes e seu tratamento e espera despertar mais interesse sobre o assunto entre os profissionais da Atenção Básica à Saúde, sinalizando sobre a necessidade de maior discussão e estudos sobre o tema.

Pretende ainda sensibilizar os setores governamentais da área de saúde para que se empenhem mais em cursos de capacitação e de educação continuada sobre transtornos somatoformes para os profissionais da atenção primária, proporcionando dessa maneira um atendimento mais humano, com conseqüente diagnóstico e tratamento adequado desta clientela, gerando uma grande economia dos recursos neste segmento, principalmente com a diminuição drástica de exames complementares e procedimentos cirúrgicos desnecessários.

4 - REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde em debate. Revista do Centro de saúde Brasileiro. V. 32, n. 78/79/80, dez jah 2008.

BRASIL. Lei 10.216 (2001). LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em 17 de novembro de 2009.

BOZELI, Isabela Moreira. Avaliação da Incidência de Transtornos de Somatização no Pronto Atendimento do Hospital do Sepaco. 2007. On-line. Disponível em:<http://www.psicocare.net/psicologia/arquivos/transtornos_somatizacao.pdf> Acesso em 7 set 2010.

CAMPOS, Eduardo et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. 2010. On-line. Disponível em:< <http://www.farmacia.p.gov.br/PCDT%20SaudeMental.pdf>> Acesso em 7 set de 2010.

CID-10. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Editora Artmed, 1993.

COELHO, Cassiano Lara; AVILA, Lazslo Antonio. Controvérsias sobre a somatização. Rev. psiquiatr. clín. vol.34 no.6 São Paulo 2007.

FISZMAN, Adriana. As crises Não epilêpticas Psicogênicas como Manifestações Clínicas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Received Nov. 30, 2007; accepted Dec. 14, 2007. On-line. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jecn/v13n4s1/a07134s1.pdf>>. Acesso em 8 set 2010.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamim James; GREBB, Jack A. Compêndio de Psiquiatria. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LAZZARO, Celina D.S; ÁVILA, Lazslo A. Somatização na prática medica. Arq Ciên Saúde 2004. On-line. Disponível em:< http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac09%20-%20id%2036.pdf> Acesso em 7 de set 2010.

LIPOWSKI, Z.J. Somatização: A concepção desta aplicada na clinica. Rev Psych 1988;145:1358-68.

MARTINS, Vanessa Alves. Psicossomática e transtornos de somatização. 2007. On-line, Disponível em:<www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde.../MartinsVanessa.pdf> Acesso em 8 set 2010.

NETO, José Gallucci; MARCHETTI, Renato Luiz. Histeria: Somatização, Conversão e Dissociação. 2009. On-line. Disponível em: < http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/2325/histeria_somatizacao_conversao_e_dissociacao.htm> Acesso em 9 set 2010.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. Saúde Mental. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Copomed, 2009.

PEREIRA, Alexandre Araújo. Diretrizes para Saúde Mental em Atenção Básica – Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Manual Conciso de Psiquiatria Clínica. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott. Compêndio de Psiquiatria. 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 2, p. 71 – 77, 2003. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em 15 Nov. 2009.

SPITZER, Robert L. et al. DSM-IV-TR. Artmed, 2008.

SOUZA, Marta Elizabeth et al. Atenção em Saúde Mental - Saúde em Casa. 1ed. Belo Horizonte, 2006.

VIANA, A.L, DAL, P.M.R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS. Revista Saúde Coletiva, v.8, n.2, p.11- 48, 1998.

TOFOLI, Luis Fernando Farah. Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral. 2004. On-line: Disponível em : < www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/.../Tofoli_LF_2004_Doutorado.pdf> Acesso em 8 set 2010.

5– ANEXO

Anexo A – Resumo das Manifestações Clínicas dos Transtornos Somatoformes

Diagnóstico	Apresentação Clínica	Aspectos demográficos e epidemiológicos	Aspectos diagnósticos	Estratégia de manejo	Prognóstico	Transtornos associados	Apresentação Diferencial primária	Processos psicológicos que contribuem para os sintomas	Motivação para a produção de sintomas
Transtorno de somatização	Polissintomática; Recorrente e crônica; Doente segundo história	Idade Jovem; Predominância feminina 20 por 1; Padrão familiar; Incidência de 5 a 10% em populações de assistência médica primária;	Revisão de sistemas profusamente positiva; Contatos clínicos múltiplos; Policirúrgica;	Aliança terapêutica; Revisões regulares; Intervenção nas crises	Mau a regular	Transtorno da personalidade histriônica; Transtorno da personalidade anti-social; Abuso de álcool e de outras drogas; Vários problemas na vida; Transtorno conversivo;	Doença física; Depressão;	Inconsciente; Cultural e de desenvolvimento.	Fatores psicológicos inconscientes.
Transtorno conversivo	Monossintomática; Aguda, na maioria; Simula doenças	Altamente prevalente; Predominância feminina; Idade Jovem; Rural e de classe social baixa; Pouco instruída e psicologicamente não-sofisticada.	Simulação incompatível com os mecanismos fisiológicos ou de anatomia conhecidos.	Sugestão e persuasão; Várias técnicas;	Excelente, exceto no transtorno conversivo crônico	Dependência de álcool e outras drogas; Transtorno da personalidade; Transtorno de somatização; Transtorno da personalidade histriônica.	Depressão; Esquizofrenia; Doença neurológica	Inconsciente; Podem estar presentes: estresse ou conflito psicológico.	Fatores psicológicos inconscientes
Transtorno hipocondria	Preocupação ou convicção de doença	Doença física prévia; Idade média ou avançada; Razão masculina feminina igual;	A convicção de doença amplifica os sintomas; Obsessivo;	Documentar os sintomas; Revisão psicossocial; Psicoterapêutica;	Regular a bom; Vai e vem	Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva; Transtorno depressivo e de ansiedade;	Depressão; Doença física; Transtorno da personalidade; Transtorno delirante;	Inconsciente; Estresse – luto; Fatores do desenvolvimento.	Fatores psicológicos inconscientes.
Transtorno dismórfico corporal	Sentimentos subjetivos de feiúra ou preocupação com defeito corporal	Adolescência e vida adulta inicial; Predominância feminina (?) em grande parte desconhecida.	Preocupações corporais globais	Aliança terapêutica; Manejo do estresse; Psicoterapias; Medicamentos antidepressivos;	Desconhecido	Anorexia nervosa; Sofrimento psicossocial; Transtorno da personalidade evitativa ou obsessivo-compulsiva;	Transtorno delirante; Transtornos depressivos; Transtornos de somatização;	Inconsciente; Fatores de auto-estima.	Fatores psicológicos inconscientes
Transtorno doloroso	Síndrome de dor simulada	Predominância feminina 2 por 1; Mais velhos: quarta ou quinta década; Padrão familiar; Até 40% da população com dor	Simulação ou intensidade incompatível com mecanismos fisiológicos ou de anatomia conhecidos.	Aliança terapêutica; Redefinir os objetivos do tratamento; Medicamentos antidepressivos;	Reservado, variável	Transtornos depressivos; Abuso de álcool e de outras drogas; Transtorno da personalidade histriônica ou dependente;	Depressão; Psicofisiológica; Doença física; Falsificação e síndrome de incapacidade.	Inconsciente; Estressor agudo e do desenvolvimento; Traumatismo físico pode predispor.	Fatores psicológicos inconscientes.

Fonte: (SADOCK e SADOCK, 2007)