

relato de caso

Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos

How to care for somatizers? Description of a program and summarized case reports

José Atilio Bombana, Angela LSS Leite e Cláudio T Miranda

Departamento de Psiquiatria da Unifesp/EPM, São Paulo, SP, Brasil

Resumo Os quadros de somatização são muito frequentes nos serviços de saúde, sendo responsáveis por grande número de consultas médicas e gerando importantes gastos. Apesar das dimensões dessa questão, temos notícias de poucos locais em nosso meio desenvolvidos para cuidar especificamente dessa população. No artigo são apresentados dois relatos concisos de casos de pacientes somatizadores mostrando características frequentes e questões que surgem no seu tratamento. Descreve-se o funcionamento de um programa de atendimento a somatizadores vinculado a uma universidade pública (Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina). Este dispõe de triagem, atendimentos clínicos, grupos psicossociais e psicoterápicos. É discutida a complexidade da abordagem a esse grupo de pacientes e possíveis modelos de intervenção.

Descritores Somatização. Transtornos somatoformes. Tratamento. Serviços de saúde mental.

Abstract Cases of somatization disorders are seen very frequently in health care services and account for a large number of medical consultations and significant expenses. Despite the importance of this health problem, we don't know many specialized services to take care of this population. Two summarized cases of somatizer patients are presented, emphasizing the most frequent aspects of their condition and the problems found in their treatment. Also, a service for somatizer patients associated with a public university (Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina) is described: its screening procedures, medical consultations, and psychosocial and psychotherapeutic groups. The difficulty in approaching this group of patients and possible models of intervention are also presented.

Keywords Somatization. Somatoform disorders. Treatment. Mental health services.

Introdução

O conceito de somatização foi proposto por Steckel em 1921, vinculado às teorias psicodinâmicas.¹ Esse termo atualmente tem diversas conotações, dependendo em que contexto é usado. Pode ser definido descritivamente como “a tendência para experienciar e comunicar distúrbios e sintomas somáticos não explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles” (Lipowski).² Pode ocorrer em diferentes formas: desde só como um modo de se expressar (uma variação individual normal), ou indicando uma doença orgânica ainda não diagnosticada, ou como parte de outras patologias psiquiátricas ou propriamente como um transtorno somatoforme.*

A introdução da categoria diagnóstica “Transtornos Somatoformes” (TS) nas classificações internacionais de doenças é relativamente recente, tendo ocorrido em 1980 através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 3ª edição (DSM-III)³ e em 1992 na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10).⁴ Esses transtornos caracterizam-se pela presença prolongada (de meses a anos) de queixas frequentes de sintomatologia física que sugerem a presença de um substrato orgânico mas que não se explicam adequadamente por: patologias orgânicas conhecidas, efeitos diretos decorrentes da utilização de álcool ou drogas, ou outros transtornos mentais; caso haja alguma doença orgânica presente, esta não

Última versão recebida em 31/5/2000. Aceito em 25/8/2000.

Fonte de financiamento e conflito de interesses inexistentes.

*World Health Organization. Somatization – Evolution of the concept and issues for research. (não publicado).

justifica toda a sintomatologia referida. Também está presente uma dificuldade no estabelecimento de um vínculo médico-paciente positivo, em decorrência de um questionamento do paciente quanto à inexistência de um substrato orgânico detectável.^{3,4} Deve-se proceder assim a um diagnóstico diferencial, excluindo possíveis patologias orgânicas, e considerar a possibilidade de outros quadros psiquiátricos como transtornos depressivos, ansiosos e dissociativos/conversivos ocorrendo em comorbidade com os TS ou como entidades clínicas distintas que apenas incluam somatizações como parte do seu quadro clínico.

Os conceitos de somatização e de TS portanto não coincidem.⁵ O primeiro é mais amplo e abrangente.

Do ponto de vista psicodinâmico, os somatizadores têm sido caracterizados por uma carência na elaboração psíquica, por falhas na simbolização e pelo chamado “pensamento operatório” (pobreza da vida de fantasia, da vida imaginativa, do devaneio e uma excessiva ligação com a realidade, onde o sujeito é “concreto”, sendo até seus sonhos, quando existem, repetições da realidade).^{6,7}

Os estudos feitos em serviços de cuidados primários revelam uma alta prevalência dos quadros de somatização.² Embora a prevalência dos TS (segundo critérios da CID e da DSM) seja baixa na comunidade, as somatizações são largamente prevalentes.⁸ Recente 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).⁸

Sabe-se que o atendimento em serviços de saúde aos somatizadores é responsável por grandes gastos. Nos EUA, estima-se que sejam responsáveis por até 50% dos custos de ambulatorios médicos.^{2,9}

No Brasil, apesar de não contarmos com muitos estudos epidemiológicos sistemáticos nessa área, os dados encontrados também sugerem sua importância para os serviços de saúde.¹⁰⁻¹² Apesar das dimensões dessa questão, temos notícias de poucos locais em nosso meio desenvolvidos para cuidar especificamente dessa população.

Utilizando o *relato conciso de casos representativos*, aborda-se o funcionamento de um serviço que se propõe a desenvolver modelos de atendimento aos somatizadores, vinculado a uma universidade pública.

Relato de casos

Caso 1

N.A.D.C., 54 anos, viúva, 3 filhos, comerciante.

Apresenta asma brônquica de difícil controle há 15 anos; o quadro iniciou dois dias após o falecimento do marido. Tem crises de palpitação (há suspeita de dupla via nodal e taquicardia paroxística supraventricular, porém sem comprovação diagnóstica). Refere dores pelo corpo (coluna, pernas, joelhos) que

teriam começado há nove anos e fraqueza nas pernas.

Refere ser ansiosa desde jovem, com episódios de dor no peito, queimação nos braços e pescoço. Tem medos (de sair de casa, de tomar metrô). Queixa-se de insônia, entretanto diz ter “pesadelos horríveis”. Tem cefaléia há muitos anos. Antes do aparecimento da asma tinha rinite alérgica (*sic*).

Conta que na sua infância seu pai costumava espancar sua mãe. Aos seis anos de idade o irmão, então com 21 anos, tentou suicidar-se; o mesmo já passou por inúmeras internações psiquiátricas. Ela por vezes sentia-se “nervosa” e então quebrava objetos e se mordida. Tinha receio de aglomerações.

Depois de casada, fez um aborto aos 25 anos e outro aos 27 anos. Um ano depois soube que o marido “tinha um caso com uma vizinha”. As relações sexuais passaram a ser desagradáveis, não sentia prazer. Ficou viúva aos 39 anos e avalia que seus sintomas pioraram após esse fato.

Recebeu os diagnósticos de TS e transtorno de ansiedade.

Participa do grupo de psicoterapia há dois anos e atualmente faz uso de clomipramina 25 mg/dia e diazepam 10 mg/dia (eventualmente). Apresenta melhora (embora instável) dos sintomas somáticos, permitindo a gradativa diminuição da medicação.

Caso 2

A.C.G., 56 anos, viúva, 3 filhos, aposentada.

Refere que vivia bem até os 18 anos quando, após presenciar acidente automobilístico, “perdeu a memória”, não conseguia sair de casa e apresentava insônia. Passou a ter desmaios, ficando horas desacordada. O quadro agravou-se e ela fez tratamento psiquiátrico por sete anos.

A seguir surgiram quadros somáticos: “gastrite nervosa”, esofagite e hérnia de hiato. Há oito anos foi diagnosticada retocolite ulcerativa, apresentando disenteria e cólicas intestinais. Também é portadora de fibromialgia, referindo dores por todo corpo (principalmente coluna vertebral e membros inferiores) há cinco anos.

Relata sensações de desespero, desânimo, tristeza e vontade de morrer há mais de dez anos.

Fazia atividades domésticas até há quatro anos; atualmente pouco faz. Tem muitas dificuldades nos relacionamentos, sendo muito irritável. Prefere viver só, apenas com dois cachorros.

Seu pai (já falecido) era lavrador e tinha retocolite. É a nona de 11 irmãos, dos quais apenas quatro estão vivos. Apresentou dificuldades no aprendizado, especialmente em matemática, não passando da 1ª série. Teve enurese noturna até 14 anos. Foi casada por 15 anos, quando o marido faleceu. Trabalhou por dois anos numa metalúrgica, aposentando-se por invalidez.

Recebeu os diagnósticos de TS, transtorno depressivo e transtorno de personalidade.

Participa do Serviço há cinco anos em um dos grupos psicossociais e faz uso de fluoxetina 40 mg/dia e diazepam 10 mg/dia. Refere ter tido melhora principalmente de alguns sintomas depressivos, mas persistem sintomas somáticos e dificuldades nos relacionamentos.

Um modelo de atendimento

O Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, situa-se dentro de uma grande instituição médica de ensino. É destino de um razoável número de encaminhamentos de pacientes como os acima descritos.

O programa que atende pacientes somatizadores funciona há aproximadamente 12 anos. Dispõe de atendimentos grupais (psicoterápico e psicossocial) e de atendimentos clínicos, como será detalhado posteriormente.

A abordagem terapêutica a este grupo de pacientes tem se mostrado um assunto complexo e propício a divergências. Existem 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 (especialmente através de psicoterapias). O modelo de psicoterapia a ser usado também comporta uma variabilidade expressiva. Existem pelo menos duas grandes correntes: uma baseada na psicologia experimental (terapias cognitivo-comportamentais, psicologia do ego) e outra na psicanálise.⁶

Este modelo, ao propor atendimentos clínicos com um psiquiatra (contemplando aspectos biológicos), grupo psicoterápico de base psicanalítica (abordagem dos aspectos psicodinâmicos) e grupo psicossocial (considerando peculiaridades socioculturais), nos situa numa perspectiva que leva em conta a experiência adquirida neste trabalho ao longo dos anos e a orientação teórica dos autores.

Constituição da equipe

O grupo de trabalho é formado por uma equipe multiprofissional, contando com psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos, além de residentes de psiquiatria e especializando em serviço social e psicologia.

Os pacientes

Atualmente estão em tratamento aproximadamente 30 pessoas, sendo 90% mulheres, com idade entre 28 e 73 anos, algumas das quais vinculadas ao Serviço desde o seu início. Participam dos diferentes grupos (abaixo descritos) e cerca de 80% recebe também acompanhamento medicamentoso.

Triagem

Os somatizadores são freqüentemente confundidos com os “pacientes difíceis”, “poliqueixosos” ou simplesmente com os pacientes “chatos”.

Uma das preocupações da triagem é com a adequada inclusão no Serviço apenas de pacientes que tenham somatizações como elemento essencial de seu quadro clínico, configurando um TS (CID-10) ou não. Não é requisito obrigatório o preenchimento dos critérios diagnósticos para TS das classificações (CID, DSM) para inclusão no programa. Alguns pacientes com inúmeros diagnósticos de patologias clínicas concomitantes (como fibromialgia, hipertensão arterial, asma brônquica, etc.), os quais passam a viver em função das doenças, sem que isso fosse esperado pela gravidade dos quadros, também são admitidos para tratamento.

A triagem, além dessa preocupação diagnóstica, também avalia a disponibilidade dos pacientes em participar do programa (grupos terapêuticos e medicações quando necessárias). Pacientes que não aceitem fazer parte dos grupos não são incluídos.

Atendimentos clínicos

Os atendimentos clínicos são feitos por dois psiquiatras, variando a freqüência de acordo com a necessidade clínica de cada caso (de semanal a bimestral).

Os medicamentos mais comumente administrados são os ansiolíticos e os antidepressivos. Cerca de 30% dos pacientes recebem apenas ansiolíticos e 40% associação de ansiolíticos e antidepressivos. Alguns pacientes apresentam melhora importante do quadro clínico após a introdução de antidepressivos. Tem-se utilizado principalmente os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina.

Nota-se uma atitude de dependência em relação às medicações, basicamente quanto aos benzodiazepínicos. Os pacientes resistem às sugestões de diminuição destes, acreditando não suportarem suas dificuldades sem essa “ajuda”.

Grupos psicossociais

Esses grupos foram formados como alternativa para um grande número de pacientes que demonstram resistência a uma abordagem psicoterápica grupal, maior “concretude” e dificuldade de abstração e reflexão. Existem dois desses grupos atualmente.

São coordenados por especializandas em serviço social, que têm um papel ativo, participativo e direto. Os grupos são abertos, com funcionamento semanal, havendo a possibilidade da freqüência ser quinzenal (principalmente por questões de dificuldade econômica), e com uma média de oito pacientes.

Dispõe-se de um conjunto de técnicas, entre elas as de apoio e as psicopedagógicas, como a verbalização, a clarificação, a sugestão, a aprovação e a confrontação, entre outras. Têm como objetivos: aumentar a capacidade de perceber e expressar emoções; promover relações positivas e de apoio; reforçar aspectos sadios, habilidades e capacidades para utilização de recursos internos; e orientar quanto às possibilidades e aos direitos de utilização de recursos externos. Os temas centrais são as dificuldades familiares e os sintomas somáticos. Observamos que a evolução é particularmente lenta nesses grupos, embora os pacientes constantemente refiram melhora.

Existe uma tendência de permanência nestes grupos por longos períodos, os quais são às vezes encarados como “a família ideal”. As altas, embora raras, ocorrem quando da concordância tanto do paciente quanto dos técnicos quanto a uma evolução do funcionamento inicial (centrado no corpo e em suas enfermidades), com menores limitações em suas vidas. Observa-se que para uma parcela desses pacientes este grupo tem uma função social importante, sendo o único espaço de troca e de encontro com o outro.

Grupo psicoterápico

O grupo psicoterápico (atualmente existe apenas um) ocorre uma vez por semana, com aproximadamente uma hora de duração e sob a coordenação de um residente ou de uma

especializando em psicologia. Os pacientes encaminhados devem, além da disponibilidade para a frequência semanal, ter certa capacidade de elaboração mental que possibilite um bom aproveitamento. Participam de cinco a oito pacientes. Trata-se de um grupo psicoterápico de base predominantemente psicanalítica (importância dada a aspectos transferenciais, uso de interpretações, busca de conteúdos inconscientes)¹³ mas que se pretende adequado às características desses pacientes, com mudanças quanto às habituais neutralidade e passividade do terapeuta. Esses pacientes com limitações da capacidade de simbolização trazem restrições ao setting analítico tradicional.^{6,7}

Discussão

Os casos relatados e o atendimento acima descrito sugerem uma visão da complexidade da abordagem a esse grupo de pacientes. A escassez de trabalhos publicados a respeito de intervenções nesse campo dificulta a comparação entre diferentes tipos de abordagens.

São casos difíceis, com queixas mal definidas, que com frequência apresentam patologias clínicas concomitantemente.

A discussão de aspectos biológicos como a facilitação de somatização em pacientes com doenças orgânicas² (e vice-versa) por sistemas como o imunológico e o neuroendócrino é outra vertente que se coloca, mas cujo aprofundamento foge ao escopo deste relato.

Uma decorrência disso diz respeito à convivência com pacientes que habitualmente freqüentam inúmeros serviços médicos (como os dois casos apresentados). É preciso bom senso para não intensificar essa tendência (novos encaminhamentos, pedidos de exames desnecessários) mas também não negligenciar as reais intercorrências clínicas que demandam cuidados.

São freqüentes associações de sintomas somatoformes, depressivos, ansiosos e dissociativos/conversivos, o que levanta a questão da comorbidade. Em inúmeros casos os pacientes somatizadores admitem outros diagnósticos concomitantemente (caso 1 e caso 2). Os transtornos de personalidade (TP) são bastante freqüentes nessa população; são citadas taxas de até 2/3 de TP nos TS.¹⁴

Nos dois casos descritos, existem dados da história de vida que chamam a atenção. Violência física entre os pais, tentativa de suicídio do irmão e “crises de nervosismo” no caso 1, e dificuldade de aprendizagem e enurese noturna no caso 2. Tais relatos são comuns entre os pacientes.

Uma sensação de imobilidade freqüentemente perpassa o grupo de trabalho. Sabe-se que os quadros somatoformes numa

proporção elevada constituem-se em condições crônicas; às vezes também os profissionais envolvidos se sentem sem mobilidade, como que identificados com essa tendência à cronificação. Um recurso importante para lidar com essas dificuldades têm sido as reuniões de equipe e supervisões, que possibilitam uma certa elaboração dos aspectos contra-transferenciais.

São muito comuns pedidos de certos “benefícios” (atestados, medicações, etc.). Tais fatos, comuns em serviços públicos que atendem populações de baixa renda, são bastante freqüentes neste grupo. Sempre se questiona o quanto tais “benefícios secundários” não tendem a dificultar a melhora dos pacientes, que os perderiam caso se curassem.

Outro aspecto relacionado ao anterior diz respeito à “identidade de doentes” que esses pacientes adquirem. Chama a atenção o quanto fazem questão de se verem e de serem vistos como doentes, principalmente se um quadro clínico conhecido for diagnosticado. Parece que se deixarem de ser pacientes não saberão bem o que seriam. Também nessa perspectiva, a possibilidade de terem alta do serviço tem um efeito contrário ao esperado: reagem com recusa e receio, como tem sido possível observar no Serviço.

A opção de se incluir apenas pacientes que se disponham a participar de abordagens grupais, além dos atendimentos clínicos, limita a clientela do Serviço, pois sabe-se que parte dessa população não aceita tais procedimentos. Entretanto tem sido mantida a atitude por se achar que apenas a consulta médica tenderia a uma maior cristalização dos sintomas. Através dos grupos, abre-se a possibilidade de uma maior implicação dos pacientes em suas patologias e no destino que possam dar a elas.

Conclusão

Pacientes somatizadores são desproporcionalmente mais freqüentes que os serviços especializados no seu atendimento em nosso meio. São sabidamente de difícil manejo, requerendo preparo técnico específico e disponibilidade pessoal dos profissionais que os atendem.

São necessários estudos futuros, como a comparação da efetividade de diferentes tipos de atendimento (grupo psicoterápico vs. grupo psicossocial ou ainda atendimento grupal com ou sem uso de medicação), para orientar os próximos passos a serem dados.

Nesse contexto, justifica-se dentro de um serviço universitário, onde se objetiva assistência, ensino e pesquisa, um grupo de trabalho que se disponha a atuar junto a essa considerável parcela de pacientes.

Referências

- Hinsie LE, Campbell RJ. Psychiatric dictionary. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1960.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psych* 1988;145:1358-68.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edition (DSM-III). Washington (DC): APA; 1980.
- World Health Organization. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Miranda CT, Bombana JA. Transtornos somatoformes. In: Ramos OS, Rothschild HA, editores. Atualização terapêutica. 18^a ed. São Paulo: Livraria Editora Artes Médicas Ltda; 1997. p. 1136-7.
- Marty P. A psicossomática do adulto. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Santos Filho OC. Psicanálise do “paciente psicossomático”. *Rev Bras Psicanal* 1994;28(1):111-28.
- 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.

9. Barsky AJ, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints and Somatic Styles. *Am J Psych* 1983;140(3):273-83.
10. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli SB, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL* 1992;14(3):93-104.
11. Isaac M, Janca A, Burke KC, Costa e Silva JA, Acuda SW, Altamura AC, et al. Medically Unexplained Somatic Symptoms in Different Cultures. *Psychother Psychosom* 1995;64:88-93.
12. Bombana JA, Ferraz MPT, Mari JJ. Neurovegetative dystonia – Psychiatric evaluation of 40 patients diagnosed by general physicians in Brazil. *J Psychosom Res* 1997;43(5):489-95.
13. Bombana JA, Duarte CS. Somatizadores: a possibilidade de uma abordagem grupal. *Percurso-Revista de Psicanálise* 1997;19:65-72.
14. Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 1995;39(4):403-27.

Correspondência

José Atilio Bombana
Unifesp/EPM
Departamento de Psiquiatria – 3º andar, Ambulatório
R. Botucatu, 740
04023-900 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: bombana@uol.com.br
