

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG  
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – NESCON  
PROGRAMA ÁGORA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
– CEABSF**

**JÚLIO CÉSAR MENEZES VIEIRA**

**ABORDAGEM AO TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA – REVISÃO DE LITERATURA**

**BELO HORIZONTE – MG  
2010**

**JÚLIO CÉSAR MENEZES VIEIRA**

**ABORDAGEM AO TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA – REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialização Lato-Sensu.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Paula Cambraia de Mendonça Vianna

**BELO HORIZONTE – MG**

**2010**

**JÚLIO CÉSAR MENEZES VIEIRA**

**ABORDAGEM AO TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA – REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Especialização Lato-Sensu.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Paula Cambraia de Mendonça Vianna

**APROVADA EM** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Júlio e Rosemary, e a mulher da minha vida Cida. O apoio e incentivo em todos os momentos turbulentos e desafiantes.

A todos os professores do curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família/Programa Ágora/NESCON/UFMG.

A todos os colegas do curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família/Programa Ágora/NESCON/UFMG pela confiança, gentileza e compartilhamento de seus saberes e suas experiências.

## RESUMO

A Somatização é uma doença que manifesta os conflitos e as angústias de origem psíquica através de sintomas corporais. O Transtorno Somatoforme (TS) causa dano emocional significativo para os pacientes, a cerca de 50% dos pacientes da atenção primária apresenta sintomas físicos que não podem ser explicados por um quadro clínico. Nos consultórios clínicos e dos médicos de família, 5 a 10% satisfazem os critérios para TS. Mas os sintomas somatoforme têm baixa prevalência de diagnóstico na atenção primária. Este trabalho propõe uma discussão sobre o transtorno somatoforme na atenção primária e estratégias de acolhimento na atenção primária. Foi realizada uma revisão de literatura de artigos indexados no portal da PUBMED, American Psychiatry Association, no portal SCIELO e no The Journal Clinical of Psychiatry. Verificou-se que a sobreposição de diferentes comorbidades sempre é um fator de dificuldade para um tratamento adequado do TS. Quando se analisa o Transtorno Somatoforme, encontra a associação de 60% com o Transtorno Depressivo Unipolar, de 50% com os Transtornos de Ansiedade e 60% com os Transtornos de Personalidade. O trabalho identificou estudos brasileiros que utilizaram ferramentas de rastreamento viáveis de serem utilizados na UBS. O Self Reporting Questionnaire – 20 itens (SRQ-20) e o General Health Questionnaire 12 itens (GHQ-12). Ambos validados no Brasil com sensibilidade acima de 90% e especificidade acima 70%. São instrumentos para rastrear transtornos mentais como depressão, ansiedade, estresse pós traumático, somatoforme e dissociativo. Mais estudos sobre os instrumentos de rastreamento do TS são necessários para reconhecê-los na unidade básica de saúde. A abordagem dos pacientes com TS ou sintomas somatoformes é complexa e exige trabalho multiprofissional. As principais estratégias contempladas encontradas combinam triagem, grupos psicossociais, psicoterápicos e atendimentos clínicos. Conclui-se que é fundamental a legitimação das queixas somáticas frente às demandas sociais dos usuários da atenção primária para uma abordagem terapêutica compartilhada e um acolhimento humanizado apoiado em diferentes saberes.

**PALAVRAS CHAVES:** somatização, transtorno somatoforme, atenção básica, prática médica, serviços de saúde mental, revisão.

## ABSTRACT

Somatization is a disease that expresses the conflicts and anxiety of psychic origin through bodily symptoms. Somatoform Disorder (SD) causes significant emotional harm to patients, about 50% of primary care patients present physical symptoms that can not be explained by a clinical disorder. In clinical offices and family practitioner, they meet criteria 50-10% for TS. But the symptoms have a low prevalence of somatoform diagnosis at basic health unit (BHU). This paper proposes a discussion of somatoform disorder in primary care and on strategies for providing in primary care. We performed a literature review of indexed articles in PubMed portal, American Psychiatry Association, the portal SCIELO and The Journal of Clinical Psychiatry. The overlap of different comorbidities is always a difficulty factor for a proper treatment of SD. When analyzing the Somatoform Disorder, it finds an association of 60% with unipolar depressive disorder, 50% with Anxiety Disorders and 60% with personality disorders. The study identified Brazilian studies using tracking tools to be used as viable UBS. The Self Reporting Questionnaire - 20 items (SRQ-20) and 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12). Both validated in Brazil with over 90% sensitivity and specificity above 70%. They are tools to track mental disorders like depression, anxiety, post traumatic stress, somatoform and dissociative. Further studies on screening instruments of SD are needed to recognize them in basic health unit. The management of patients with TS or somatoform symptoms is complex and requires multidisciplinary work. The main strategies found combines screening, psychosocial groups, psychotherapy and clinical care. It is essential to the legitimacy of somatic complaints and the social demands of primary care in order to approach to a shared and supported therapeutic features by a humanized different knowledge.

**KEY WORDS:** somatization, somatoform disorder, primary care, medical practice, mental health service, review.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CAGE</b>	Cut down, Annoyed, Guilty e Eye opened
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CEABSF</b>	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
<b>CERSAM.</b>	Centros de Referência em Saúde Mental
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
<b>DSM IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
<b>DSM IV TR</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revision
<b>EPM/UNIFESP</b>	Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo
<b>EUA</b>	Estados Unidos da America
<b>FBIS-BR</b>	Family Burden Interview Schedule adaptado ao Brasil
<b>FHEMIG</b>	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
<b>GHQ-12</b>	General Health Questionnaire 12 itens
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HMO</b>	Health Maintenance Organization
<b>NAPS</b>	Núcleos de Atenção Psicossocial
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PHQ-15</b>	Patient Health Questionnaire com 15 perguntas
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SRQ-20</b>	Self Reporting Questionnaire – 20 itens
<b>TCC</b>	Terapia Cognitiva e Comportamental
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UNIFESP</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto-Atendimento
<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>TS</b>	Transtorno Somatoforme

**SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
<b>2.1. OBJETIVO GERAL</b>	<b>10</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>10</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>11</b>
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>12</b>
<b>4.1. TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	<b>12</b>
<b>4.2. TRANSTORNO SOMATOFORME E CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>4.3. TRANSTORNO SOMATOFORME E COMORBIDADES</b>	<b>15</b>
<b>4.4. TRATAMENTO DO TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA</b>	<b>16</b>
<b>4.4.1. INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO DO TRANSTORNO SOMATOFORME</b>	<b>16</b>
<b>4.4.2. ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO SOMATOFORME</b>	<b>18</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b>	<b>20</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>25</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A Somatização é uma doença que manifesta os conflitos e as angústias de origem psíquica através de sintomas corporais. Segundo Zbigniew Lipowski (1924-1997) que consagrou a definição contemporânea de somatização, é "a tendência a experimentar e comunicar sofrimento somático em resposta a estresse psicossocial e buscar auxílio médico por isso" (LIPOWSKI, 1988). Mas esta definição não é unânime, outros autores não consideram a somatização como uma doença e sim um conceito geral vinculado aos sintomas dos transtornos depressivos e ansiosos (COELHO e ÁVILA, 2007).

O Transtorno Somatoforme (TS) é uma categoria diagnóstica introduzida na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) em 1993. O TS é caracterizado por vários sintomas somáticos que não podem ser explicados de maneira adequada com base nos exames físicos e laboratoriais. São caracterizados pela presença de sintomas crônicos e por uma combinação de sintomas de dor, gastrointestinais, sexuais e pseudoneurológicos. O diagnóstico do TS apresenta características bem definidas: (1) não pode ser explicado por alguma causa clínica, ou outro transtorno mental, ou por efeito de substâncias psicoativas. (2) não pode ser resultado de transtorno factício ou simulação. (3) e causar incapacidade funcional, social e ocupacional significativa.

O Transtorno Somatoforme causa dano emocional significativo para os pacientes, além de ser um desafio para os médicos de família e comunidade. Por exemplo, cerca de 50% dos pacientes da atenção primária apresenta sintomas físicos que não podem ser explicados por um quadro clínico (OYAMA *et al*, 2007). A doença somática gera grande ansiedade, preocupação excessiva, supervalorização dos sintomas e desconfiança quanto às condutas médicas empregadas, ao mesmo tempo, provoca contra transferência negativa pelo médico assistente. Logo, a pressão sobre o médico ocasiona uso desnecessário de exames laboratoriais, de imagem e até procedimentos invasivos (OYAMA *et al*, 2007).

O módulo de Saúde Mental do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) – Programa Ágora motivou a discussão da saúde mental nas áreas de abrangências das unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. Diagnóstico situacional, elaborado no módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde do CEABSF, evidenciou dados para o questionamento do TS na equipe amarela do Centro de Saúde Nova York da regional Venda Nova. O TS e os sintomas somatoformes representam uma grande demanda no atendimento em saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) e nas

Unidades de Pronto-Atendimentos (UPAs). Apesar de ser um transtorno muito freqüente, a somatização é pouco diagnosticada e abordada pelo médico de família.

Este trabalho propõe uma discussão sobre o transtorno somatoforme na atenção primária para fornecer aos profissionais das unidades básicas de saúde informações e estratégias de acolhimento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Realizar revisão da literatura sobre a atenção ao Transtorno Somatoforme na atenção primária.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Revisar de literatura científica atual sobre o Transtorno Somatoforme na Unidade Básica de Saúde.
- Discutir sobre os instrumentos diagnósticos do Transtorno Somatoforme na Atenção Primária.
- Discutir o manejo do Transtorno Somatoforme na Unidade Básica de Saúde.
- Contextualizar o aprendizado adquirido no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Programa Ágora com o Transtorno Somatoforme na Atenção Primária.

### **3. METODOLOGIA**

Foi realizada revisão da literatura utilizando artigos na língua portuguesa e inglesa de indexados entre o período de 2000 a 2010 no portal da PUBMED, American Psychiatry Association, no portal SCIELO e no The Journal Clinical of Psychiatry, nos sites respectivamente: [www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov), [www.scielo.org](http://www.scielo.org) e [www.psychiatrist.com](http://www.psychiatrist.com); e livros textos.

Os artigos selecionados basearam-se nas palavras chaves: somatização, transtorno somatoforme, atenção básica, prática médica, serviços de saúde mental, revisão. Os artigos anteriores ao período de 1999 e sobre transtornos dissociativos foram excluídos.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A prevalência do Transtorno Somatoforme durante a vida na população geral é estimada em 0.2 a 2% em mulheres e 0.2% em homens. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou a prevalência global dos Transtornos Somatoformes em 0,9%. Nos consultórios clínicos e dos médicos de família, 5 a 10% satisfazem os critérios para TS (KAPLAN e SADOCK, 2007). De Waal et al (2004) empreenderam um estudo na Holanda, onde encontraram 16.1 % de TS na população atendida na atenção primária. Porém, quando incluíram o TS leve e/ou sem impacto na funcionalidade nos resultados, a prevalência subia de 16.1% para 21.9% (DE WAAL, 2004).

Embora a prevalência do TS seja baixa na comunidade segundo critérios do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV) e CID 10, quando se expande o conceito para sintomas somatoformes ou sintomas inexplicáveis clinicamente a prevalência sobe para a média de 19.7%. Nos Estados Unidos da America (EUA), os somatizadores são responsáveis por 50% dos custos ambulatoriais médicos. No Brasil, não encontra trabalhos epidemiológicos com TS. Mas, na prática médica na atenção primária, inúmeros relatos de casos são registrados (BOMBANA *et al*, 2000).

### 4.2. TRANSTORNO SOMATOFORME E CLASSIFICAÇÃO

É importante o conhecimento das principais classificações do Transtorno Somatoforme. Por exemplo, um estudo holandês mostrou que o Transtorno Somatoforme Indiferenciado causa um impacto direto de 30% de demanda em consultas e recursos financeiros; e atingiu prevalência de 20% na Atenção Primária. Logo é importante familiarizar-se com as classificações do TS para o adequado reconhecimento e suspeita diagnóstica (DE WAAL, 2008).

- **Transtorno de Somatização:** caracterizado por mais de dois anos de múltiplos sintomas físicos em diferentes sistemas orgânicos com características flutuantes e crônicas. Várias avaliações médicas sem sucesso. E funcionamento social precário e ocupacional limitado.
- **Transtorno Somatoforme Indiferenciado:** apresenta as mesmas características clínicas do Transtorno de Somatização, porém se diferencia pelo tempo menor dos

sintomas, não apresenta comprometimento funcional tão marcante e número restrito de queixas. São mais freqüentes que o Transtorno de Somatização.

- **Transtorno Hipocondríaco:** Paciente apresenta interpretação errônea dos sintomas e sensações corporais com crença falsa e o intenso medo de estar gravemente doente. Crônico e flutuante. Resistente em aceitar o diagnóstico e as condutas médicas.
- **Disfunção Autonômica Somatoforme:** Caracterizado por queixas objetivas de excitabilidade do sistema nervoso autonômico associado com sintomas subjetivos e inespecíficos que despertam preocupação excessiva do paciente.
- **Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente:** Dor persistente e intensa não atribuída a nenhuma patologia médica.
- **Transtorno Conversivo:** Sintomas ou incapacidades que afetam os sistemas neuromusculares voluntários ou sensoriais perceptivos clinicamente súbitos e inexplicáveis. Este tipo consta no DSM IV TR, enquanto na CID 10 está na categoria de Transtornos Dissociativos.
- **Transtorno Dismórfico Corporal:** Preocupação excessiva e exagerada por um defeito corporal imaginado. Consta somente no DSM IV TR, enquanto na CID 10 está no Transtorno Hipocondríaco. Neste caso, é importante o diagnóstico diferencial com sintomas psicóticos (BOMBANA, 2006; CID10, 1993; COELHO, 2007).

### 4.3. TRANSTORNO SOMATOFORME E COMORBIDADES

A identificação de comorbidades psiquiátricas no TS pode ajudar o clínico a aumentar sua acurácia diagnóstica.

Pacientes portadores de TS apresentam a sintomatologia geralmente antes dos 30 anos com perspectiva de cronicidade. A cerca de 90 % da população geral sofrem algum sintoma de alteração do humor associado com sintomas somatoformes. Quando se analisa o Transtorno Somatoforme, encontra a associação de 60% com o Transtorno Depressivo Unipolar e cerca de 50% com os Transtornos de Ansiedade. Os Transtornos de Personalidade também estão associados ao TS em torno de 60% (KAPCZINSKI e GONÇALVES, 2008; LAZZARO e ÁVILA , 2004, OYAMA *et al*, 2007).

Novamente, a revisão de Lazzaro e Ávila de 2004 revela dados interessantes sobre as características clínicas, familiares e genéticas sobre o TS. Em uma amostra de 90.000 consultas ao clínico geral, 72% dos pacientes que receberam diagnósticos psiquiátricos tinham um ou mais sintomas físicos entre as queixas principais. Adoção, fatores genéticos e antecedentes familiares de somatização são fatores de risco para a TS. Outros fatores predisponentes são: antecedentes de alguma doença pessoal ou familiar na infância; traços de personalidade de vulnerabilidade ao stress, baixa auto-estima, tendência para ansiedade, dissociação, hostilidade, depressão; ou supervalorização do tipo físico. Estudos sugerem uma associação entre somatização e uma história de abuso sexual ou físico numa proporção significativa de pacientes (LAZZARO e ÁVILA, 2004).

A sobreposição de diferentes comorbidades sempre é um fator de dificuldade para um tratamento adequado. Em estudo com 23 pacientes com TS do Programa de Atendimento e Estudo de Somatização do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 73.9% destes preenchem critérios diagnósticos para fibromialgia (BOMBANA, 2006). Já um estudo australiano realizado entre 2004 e 2006 objetivou relacionar a prevalência de somatização e a capacidade de diagnóstico do médico de família com sintomas de depressão e ansiedade. Aplicaram-se o Patient Health Questionnaire com 15 perguntas (PHQ-15) e outros instrumentos de avaliação para depressão e ansiedade. 29.6% dos pacientes somatizadores tinham alta pontuação para ansiedade e depressão, enquanto 57.9% dos pacientes com transtorno de ansiedade ou depressão também tinham sintomas somáticos. Um resultado interessante deste estudo foi que a maioria dos pacientes com depressão e ansiedade queixa de sintomas somáticos ao invés de sintomas depressivos ou ansiosos para seus médicos de família. Mas estes mesmos pacientes ao

serem perguntados sobre sintomas depressivos ou ansiosos respondem afirmativamente. Este estudo mostra que os sintomas somáticos reduzem significativamente a possibilidade do médico de família reconhecer transtornos depressivos ou ansiosos, por negligenciar queixas não orgânicas (CLARKE *et al*, 2008).

Apesar da correta identificação dos sintomas somatoformes, dos seus critérios diagnósticos e de suas relações com outras comorbidades, a identificação do TS é difícil na atenção primária. Um trabalho com 206 pacientes do Sistema de informação do Health Maintenance Organization (HMO) comprova a falha no diagnóstico de TS com a utilização de apenas critérios do DSM IV. O grupo de 206 pacientes com diagnóstico prévio de Síndrome de Sintomas Inexplicáveis identificados no HMO foi submetido à avaliação pelos critérios para TS pelo DSM IV. Somente 23.3% obtiveram diagnóstico positivo de TS pelo DSM IV. Foi surpreendente que 76.7 % dos pacientes com sintomas inexplicáveis não preenchessem critérios para TS pelo DSM IV. Dentre estes, 60.2% tinham transtorno depressivo ansioso bem caracterizado. Este trabalho deixou claro que TS é diferente de sintomas somatoformes, sendo estes mais prevalentes que o transtorno em si (SMITH, 2005).

#### **4.4. TRATAMENTO DO TRANSTORNO SOMATOFORME NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

##### **4.4.1. INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO DO TRANSTORNO SOMATOFORME**

Antes de iniciar qualquer tipo de tratamento para TS na Atenção Primária, é imprescindível reconhecê-lo como categoria diagnóstica. É importante também reconhecer um espectro mais amplo da doença que engloba sintomas somatoformes sem critérios para transtorno mental.

O trabalho identificou estudos brasileiros que utilizaram ferramentas de rastreamento para transtornos mentais comuns viáveis de serem utilizados na UBS.

O primeiro instrumento de rastreamento encontrado foi Self Reporting Questionnaire – 20 itens (SRQ-20). O SRQ-20 é um questionário de identificação de transtorno de humor, de ansiedade e somatoforme. Este instrumento foi validado pela primeira vez no Brasil em 1989 e, a partir de 2000, foi atualizado baseado no DSM IV TR. É auto respondido, barato, de fácil compreensão e rápida execução. Tem ponto de corte de 7/8 pontos para homens e mulheres como sensibilidade de 86.33% e especificidade de 89.31% (KAPCZINSKI e GONÇALVES, 2008).

Estudo transversal utilizou o SRQ-20 na cidade de Santa Cruz do Sul/Rio Grande do Sul em 2006. O questionário foi aplicado na área adscrita de 1122 habitantes coberta pelos agentes comunitários de saúde do PSF local. Foi encontrada alta prevalência de 38 % (IC95%) de transtornos ansiosos, deprimidos e somatoformes na amostra. Os seguintes fatores foram considerados de risco: sexo feminino, baixa escolaridade e situação ocupacional desfavorável (KAPCZINSKI e GONÇALVES, 2008).

Existem outros estudos com SRQ-20, por exemplo, em Minas Gerais para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de pacientes com sofrimento mental (BANDEIRA *et al*, 2008). Neste estudo, participaram cem familiares de pacientes psiquiátricos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) das cidades de São João del Rei e de Lavras e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) da cidade de Barbacena. Foram submetidos ao instrumento de rastreamento Family Burden Interview Schedule adaptado ao Brasil (FBIS-BR) correlacionado ao SRQ-20. A validade da escala FBIS-BR foi analisada pela sua correlação com a SRQ-20, Encontraram um impacto de sobrecarga objetiva e subjetiva de 52% nos familiares de pacientes com sofrimento mental.

Outro instrumento de rastreamento encontrado foi o General Health Questionnaire 12 itens (GHQ-12). É um instrumento validado no Brasil para rastrear transtornos mentais comuns (depressão, ansiedade, estresse pós traumático, somatoforme e dissociativo). A versão brasileira mostrou uma sensibilidade de 91% e especificidade de 71% com o ponto de corte de 2 ou 3 pontos. Uma característica interessante deste instrumento é considerar os anos de escolaridade. Quando aplicado em indivíduos com 4 anos ou mais de escolaridade, o ponto de corte sobe para 4 ou 5 pontos na escola, sendo encontrado uma sensibilidade de 76% e especificidade de 82%. O GHQ-12 foi aplicado pelo PSF em Petrópolis- RJ em 2001, na amostra de 714 usuários com a idade de 18 a 65 anos. Este estudo de Fortes et al (2008) detectou 42% de transtornos depressivos, 40 % de transtornos ansiosos, 22% de transtornos somatoformes e 10.9% de transtorno por abuso de álcool (FORTES *et al*, 2008).

Os instrumentos de rastreamento têm uma importância fundamental na Atenção Primária no reconhecimento das comorbidades mais prevalentes, principalmente, quando os transtornos mentais têm apresentações sutis na fase inicial. Os instrumentos SRQ-20 e o GHQ-12 devem ser divulgados nas equipes de saúde de família para o rastreamento dos sintomas somatoformes. Da mesma forma que ocorre com instrumentos de rastreamento mais conhecidos na UBS como o Mini Exame do Estado Mental de Folstein para o rastreamento de incapacidade cognitiva e o questionário **C**ut down, **A**nnoyed, **G**uilty e **E**ye opened – CAGE – para triagem de abuso ou dependência de álcool. O reconhecimento dos transtornos mentais mais comuns proporciona um adequado e eficaz manejo terapêutico.

#### 4.4.2. ABORDAGEM TERAPÊUTICA DO TRANSTORNO SOMATOFORME

A abordagem dos pacientes com TS ou somatizadores é complexa e exige trabalho multiprofissional. Até o momento, não há diretrizes para o tratamento dos sintomas somatoformes para generalistas na UBS. No entanto, um trabalho do departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP) construiu um modelo de atendimento para os pacientes somatizadores. É pioneira porque desenvolveu um programa de atendimento a pacientes somatizadores em uma universidade pública há aproximadamente 12 anos (BOMBANA *et al*, 2000).

As principais estratégias contempladas por este programa de atendimento combinam triagem, grupos psicossociais, psicoterápicos (Terapia cognitiva comportamental, psicologia do ego, psicanálise, outros) e atendimentos clínicos.

- **Triagem.** A seleção de pacientes incluiu aqueles com sintomas somatoformes, mesmo que não preenchessem critérios para TS. Pacientes que supervalorizavam aspectos de suas comorbidades (HAS, fibromialgia, asma) também eram incluídos. Estes eram avaliados quanto à disponibilidade de participar do programa.
- **Grupos psicossociais.** Os grupos psicossociais eram gerenciados pelos assistentes sociais para os pacientes sem adesão aos grupos psicoterápicos, ou aqueles com baixa escolaridade e menor capacidade de abstração. As principais técnicas são: de apoio e abordagem psicopedagógicas. O objetivo é a expressão das emoções e a capacidade de entendê-las. O tema central é sobre as dificuldades de relacionamentos familiares. A questão social se destaca também e o grupo se torna único vínculo “familiar” do paciente. Estes grupos apresentam respostas lentas e a longo prazo.
- **Grupo psicoterápico.** O grupo psicoterápico é coordenado por psicólogos ou acadêmicos de psicologia com supervisão uma vez por semana. A base do grupo é principalmente psicanalítica focando aspectos transferenciais, uso de interpretações e busca de conteúdos inconscientes. São formados por 5 a 8 pacientes. A maior dificuldade da manutenção do grupo é a disponibilidade do paciente, menor capacidade de abstração e de simbolizar.
- **Atendimentos Clínicos.** No serviço de psiquiatria da EPM/UNIFESP, há dois clínicos responsáveis pelo atendimento com consultas de retorno de acordo com a gravidade dos quadros. Os psicotrópicos mais utilizados para o tratamento clínico são os benzodiazepínicos e os antidepressivos (Tricíclicos e Inibidores seletivos da Recaptação de Serotonina). 30% recebem apenas benzodiazepínicos e 40% a

combinação de benzodiazepínicos e antidepressivos. Segundo experiência do serviço, os pacientes apresentam melhora clínica significativa. Porém, cria-se um problema quando tenta reduzir ou retirar o benzodiazepínico, pois os pacientes se sentem inseguros e temerosos com a recorrência dos sintomas ansiosos. A medicação serve como “muleta” na capacidade de enfrentamento das adversidades sociais (BOMBANA *et al*, 2000).

O programa desenvolvido pelo setor de psiquiatria da EPM/UNIFESP mostra a viabilidade de procedimentos multiprofissionais no acolhimento e na abordagem do paciente com sintomas somatoformes no serviço público.

A abordagem dos pacientes somatizadores é um interesse de todo o mundo. Vários trabalhos evidenciam suas experiências no tratamento do TS, principalmente, na UBS. Um estudo holandês de 2006 se destaca ao demonstrar dados mais objetivos sobre a eficácia da abordagem psicoterápica nos pacientes com TS na atenção primária. Uma amostra de 119 pacientes foram acompanhados por 6 meses com TS na atenção primária. Este estudo mostrou que três quartos dos pacientes acompanhados mantinham os sintomas persistentes. A prevalência da TS persistente foi estimada em 12.3% em consultas programadas. 26 % se beneficiaram com tratamento de Terapia Cognitiva Comportamental Breve. Neste grupo os sintomas diminuíram em 30% em 6 meses. Em 10 % dos pacientes com TS, a Terapia Cognitiva e Comportamental (TCC) breve não foi escolhida devido à gravidade das comorbidades psiquiátricas. 23% do pacientes não consideram a TCC uma boa opção para seu transtorno, devido às características clínicas mais graves (ARNOLD *et al*, 2006). Apesar da eficácia do TCC nos pacientes com TS, o trabalho mostra que a intervenção psicoterapêutica é difícil e para grupos selecionados além do tempo longo para uma resposta efetiva.

## 5. DISCUSSÃO

O município de Belo Horizonte é a terceira capital do país com cerca de 2.424.295 habitantes. A cidade belorizontina é dividida em 9 distritos sanitários. O distrito sanitário de Venda Nova apresenta 244.530 habitantes (IBGE 2000). Esta população é coberta pelos centros de saúde: Andradas (10.30%), Santa Mônica (10.10%), Rio Branco (8.31%), Venda Nova (7.93%), Céu Azul (7.14%), Minas Caixas (6.84%), Jardim Leblon (6.82%), Lagoa (6.30%), Mantigueira (6.23%), Jardim Europa (6.05%), Nova York (5.29%), Serra Verde (5%), Piratininga (4.79%), Jardim Comerciais (4.75%), Copacabana (4.16%) (IBGE 2000).

Quatro equipes de PSF atuam no Centro de Saúde Nova York. A equipe 4 abrange uma área de 4100 usuários. O diagnóstico situacional, elaborado no módulo 3 do Curso de Especialização na Atenção Básica e Saúde da Família – CEABSF – (CARDOSO et al, 2008) mostrou que 50 % da população da equipe 4 vivem com menos de 3 salários mínimos, 9.6 % são desempregados e em torno de 40 % executa trabalho informal. Por causa dos baixos salários e do alto índice de desemprego, o usuário se submete a vários empregos ou às condições insalubres para conseguir algum sustento. Como consequência, as principais patologias psiquiátricas na área de abrangência da equipe 4 são quadros neuróticos, dentre eles, a depressão unipolar, a ansiedade generalizada, síndrome de Burnout e sintomas somatoformes e personalidades histriônicas. Neste contexto, o interesse de abordar o TS na UBS surgiu como uma demanda pessoal de entender as causas da somatização e lidar com pacientes que exigem atenção excessiva do serviço.

Inicialmente, será realizado um breve relato e reflexões sobre a situação da saúde mental na Atenção Primária elaborado durante o módulo de Saúde Mental do curso CEABSF. (PEREIRA e VIANNA, 2009)

Os princípios que norteiam a atenção à saúde ao paciente em sofrimento mental em Belo Horizonte são baseados nas propostas de reversão do modelo manicomial que perdurou durante séculos no cenário político, econômico e social. O Ministério da Saúde criou as Portarias 189/91 e 224/92 (BRASIL, 1991 e 1992), que iniciaram um processo de transferência dos pacientes portadores de transtornos mentais de instituições hospitalares para serviços extra-hospitalares. Essa política passou a ser desencadeada a partir das experiências pioneiras de atendimentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, destacando o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM).

Desde então, o CAPS passou a ser experimentado nas diversas regiões do Brasil como principal investimento da política de saúde mental. Nos últimos quinze anos, o número de CAPS implantados expandiu de forma expressiva em todo o território nacional. De 1996 até 2005, o número de leitos em hospitais psiquiátricos caiu de 72.514 para 42.076. Portanto foram 30.438 leitos psiquiátricos fechados por todo o país. Com isso, houve um grande incremento no número de CAPS que aumentou de 92 serviços existentes em 1996 para 689 em 2005 (REFORMA PSIQUIATRICA E POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL, 2005).

A rede de Saúde Mental constitui-se no município de Belo Horizonte de 07 CERSAM, para o atendimento intensivo das urgências, com oferta de hospitalidade noturna, quando necessária; 09 Centros de Convivência, onde portadores de sofrimento mental participam de oficinas de música, teatro, pintura, literatura, culinária, marcenaria, passeios, festas, assembléias, exposições e idas ao cinema, 65 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental, atuando em parceria com as 507 Equipes de Saúde da Família.

Os ganhos com a nova política de centros extra-hospitalares para os pacientes de sofrimento mental são inquestionáveis quanto à melhora da qualidade de vida. Trabalhos apontam que os pacientes com transtornos mentais apresentam melhor evolução do quadro clínico quando acolhidos pelas famílias e pela sociedade. Entretanto, não podemos cair na falácia de generalizar todos os casos e sair proclamando que os hospitais psiquiátricos devem ser extintos. Isto é um erro. Pacientes com síndromes coronarianas estáveis são tratados em ambulatórios enquanto os que apresentam novo episódio isquemia cardíaca ou reagudização são prontamente avaliados em instituições hospitalares sem nenhum questionamento e caso não for feito pode se questionar até negligência do serviço. O mesmo deve ocorrer com os pacientes esquizofrênicos graves, deprimidos com ideações suicidas ou bipolares graves em crise, eles devem ser institucionalizados para melhora da crise e do tratamento e depois retornar para o tratamento ambulatorial para o tratamento de manutenção. É negligência aos pacientes de sofrimento mental não indicar internação nos casos de crises ou refratariedade do tratamento. Da mesma forma que seria impensável tratar um infarto agudo do miocárdio na UBS. Há alguns meses o escritor Ferreira Gullar fez um desabafo contra as leis de saúde pública que desencorajam a internação psiquiátrica como uma alternativa de tratamento, uma vez que ele tem dois filhos esquizofrênicos e reconhece o drama pessoal ao lidar com seus filhos em crise no domicílio (SEGATTO *et al*, 2009).

Outro ponto para o correto acolhimento dos pacientes com doença mental é quanto à preparação adequada dos profissionais das UBSs. Não nos esqueçamos que as ESFs já acolhem e atendem os agravos da saúde do idoso, do adulto, da criança, da mulher e da gestante, das doenças infecto parasitárias (tuberculose, dengue, gripe suína, etc) e dos agravos da doença mental. Portanto, esses profissionais precisam de capacitação, tempo hábil e remuneração adequada para desempenharem seu trabalho com dignidade e competência para todos os pacientes. Não é justo nem para ESF e nem para os pacientes da saúde mental, que estes tenham acesso a UBS apenas para renovação de prescrições.

Como visto no módulo 2 do CEABSF sobre os modelos assistenciais (FARIA *et al*, 2008), ao longo da história do século XX, o modelo hegemônico na atenção à saúde no Brasil e no mundo era o liberal privatista, centrado no atendimento curativo e não preventivo: hospitalocêntrico e medicocêntrico. Os médicos formados nestes paradigmas biológicos do diagnóstico e da cura não conseguem identificar sintomas sem etiologia orgânica. Por isso, os pacientes com transtornos de somatização são submetidos a inúmeros procedimentos e tratamentos frustrantes. Enchem e tumultuam o acolhimento das UBSs. Oneram o sistema público pelos números repetidos de exames laboratoriais e de alto custo, pelos encaminhamentos às inúmeras especialidades e pela exaustão da equipe de saúde da família (ESF).

Como lidar com uma população que está mais preocupada com a falta de emprego ou falta de saneamento básico, com baixo nível de escolaridade e habituados com um regime assistencialista/paternalista? As precariedades biopsicossociais são fatores de riscos para Transtorno Somatoforme ou sintomas somatoformes, como identificado no diagnóstico situacional da equipe 4 do Centro de Saúde Nova York.

É importante ressaltar que há um ciclo vicioso que deve ser quebrado. Os pacientes somatizadores sentem frustrados pelas inúmeras consultas médicas em diversas especialidades e pelas várias propedêuticas sem nenhum achado clínico. E cria-se a idéia que seu médico assistente é incompetente, inexperiente ou desinteressado, e logo deve procurar outro profissional. Enquanto os médicos apresentam uma postura de rejeição e desinteresse ao abordar um paciente poliqueixoso. Algumas sugestões práticas, segundo Lazarro e Ávila para melhorar a abordagem na relação médico paciente no TS (LAZZARO e ÁVILA, 2004):

- Valorizar o sofrimento psíquico do paciente. Nunca refute ou desconsidere as queixas. Entender a história social.

- Pensar na possibilidade de comorbidades como um transtorno depressivo ou de ansiedade. Caso seja necessário, encaminhar ao psiquiatra para avaliar um transtorno de personalidade e adequado tratamento medicamentoso.
- A farmacoterapia é apenas parte do tratamento, uma vez que não resolve os mecanismos da amplificação de sintomas, ou seja, a “necessidade de estar doente”.
- Os pacientes podem se beneficiar muito com tratamento psicoterápico individual, grupal, familiar ou psicopedagógico. Consultas breves, marcadas regularmente a cada quatro a seis semanas, sempre com o mesmo médico.
- Realizar curto exame físico em cada consulta, mostrar interesse pelo paciente.
- Evitar intervenções e hospitalizações sem indicação clínica objetiva, não expor o paciente a iatrogenia.
- Compartilhar os casos nas reuniões de equipe para elaboração dos aspectos contratransferências e para alívio da sobrecarga do cuidado dos pacientes somatizadores.

No entanto, nenhuma abordagem funciona se não houver legitimação pelos usuários. A legitimação das ações em saúde deve basear-se, a princípio, no saber da população sobre o que é “saúde” e suas demandas. Não adianta falar a um desnutrido sobre dieta hipocalórica e hipossódica se sua demanda é comida. Ou dizer ao paciente somatizador que ele “não tem nada” ou “é coisa da sua cabeça” se a angústia do desemprego, da falta de rede de esgoto e dos maus tratos familiares continua. O primeiro passo do acolhimento do paciente somatizador é reconhecer suas demandas não explicáveis pela lógica orgânica. A partir deste primeiro contato, disponibilizar um programa de acolhimento dos pacientes somatizadores nas ESFs. O programa de atendimento dos pacientes somatizadores do departamento de Psiquiatria da EPM/UNIFESP é um exemplo das possibilidades de intervenção no serviço público.

Mais estudos são necessários para esclarecer a aplicabilidade dos instrumentos de rastreamento do TS na USB em Belo Horizonte. Os instrumentos de rastreamento como o SRQ-20 e GHQ-12 surgem como uma ferramenta de triagem importante para a prática na UBS.

Finalizando, a construção de possíveis projetos de abordagem do TS na Atenção Primária passa pelo imprescindível apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Mais uma oportunidade de criar ações efetivas entre o trabalho compartilhado do PSF com o NASF.

Criam-se laços para introduzir o saber do TS para o usuário e ações de promoção da saúde com cumplicidades de diferentes atores.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Transtorno de Somatização e os sintomas somatoformes são prevalentes na atenção primária. O impacto do transtorno sobre atenção primária reflete sobre a grande demanda de inúmeras consultas médicas, diversas interconsultas com especialistas e inúmeros procedimentos propedêuticos. Entretanto, TS e os sintomas somatoforme têm baixa prevalência de diagnóstico na UBS. Por isso, estudos sobre os instrumentos de rastreamento do TS e seus sintomas são necessários para reconhecê-los na atenção primária. Portanto, é fundamental a legitimação das queixas somáticas frente às demandas sociais dos usuários da UBS para uma abordagem terapêutica compartilhada e um acolhimento humanizado apoiado em diferentes saberes.

## 7. REFERÊNCIAS

- Arnold, I.A. et al. Somatoform Disorder in Primary Care: Course and the Need for Cognitive-Behavioral Treatment. *Psychosomatics*, v.47: 498-503, 2006.
- Bandeira, M.; Calzavara, M.G.P.; Castro, I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.57(2):98-104, 2008.
- Bombana, J.A.; Leite, A.L.S.S.; Miranda, C.T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.22(4):180-4, 2000.
- Bombana, J.A. Sintomas Somáticos inexplicáveis Clinicamente: Um campo impreciso entre a psiquiatria e a clinica médica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.55(4): 308-312, 2006
- Cardoso, F.C.; Faria, H.P.; Santos, M.A. Módulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte. Nescon-UFMG. Editora UFMG, 2008.
- Clarke, D.M. et al. Somatic symptoms, hypochondriacs and psychological distress: a study of somatization in Australian general practice. *The Medical Journal of Australia*, v.189:560–564, 2008.
- Coelho, C.L.S.; Ávila, L.A. Controvérsias sobre a Somatização. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.34 (6):278-284, 2007.
- De Waal, M.W.M. et al. Somatoform disorders in general practice – Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, v.184:470-476, 2004.
- De Waal, M.W.M. et al. Follow up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BioMed Center Family Practice*, v.9:5 1-8, 2008.
- Faria, H.P. et al. Módulo 2: Modelo assistencial e atenção básica à saúde. Belo Horizonte. Nescon-UFMG. Editora UFMG, 2008.
- Forte, S.; Villano, L.A.B.; Lopes, C.S. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.30(1):32-7, 2008.
- Kapczinski, F.; Gonçalves, D.M. Transtornos Mentais em Comunidade Atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, v.24(7):1641-1650, 2008.

- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Transtornos Somatoformes. In: Compêndio de Psiquiatria 9ª Ed: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: ArtMed, p.686-704, 2007.
- Lazzaro, C.D.S.; Ávila, L.A. Somatização na Prática Médica. Arquivos Ciência Saúde, v.11(2):X-X, abr-jun, 2004.
- Lipowski, Z.J. Somatization: The concept and its clinical application. American Journal of Psychiatry, v.145(11):1358-1368, 1988.
- Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Oyama, O.; Paltoo, C.; Greengold, J. Somatoform Disorders American Family Physician. November 1, vol. 76: 1333-1338, 2007.
- Pereira, A.A; Vianna, P.C.M. Saúde Mental. Belo Horizonte. Nescon-UFMG. Editora Coopmed, 2009.
- Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.
- Segatto, C. et al. Dói internar um filho. Às vezes não há outro jeito. Revista Época. Edição nº 576. Capa. 30 de maio de 2009.
- Smith, R.C. et al. Exploration of DSM IV Criteria in Primary Care Patients With Medically Unexplained Symptoms. Psychosomatic, v. 67:123–129, 2005.