

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PSICOSSOMÁTICA E TRANSTORNOS DE SOMATIZAÇÃO:  
CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA EM HOSPITAL ESCOLA NO PERÍODO DE  
1996 A 2004

Vanessa Alves Martins

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem Psiquiátrica da Escola de  
Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.  
Linha de pesquisa “O doente, a doença e as  
práticas terapêuticas”.

Orientadores: Luiz Jorge Pedrão

Ribeirão Preto

2007

## FICHA CATALOGRÁFICA

Martins, Vanessa Alves.

Psicossomática e Transtornos de Somatização: caracterização da demanda em hospital escola no período de 1996 a 2004.

77 p., il; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Linha de pesquisa “O doente, a doença e as práticas terapêuticas”.

1. Psicossomática, 2. Transtorno de Somatização, 3. Prontuários Médicos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter permitido a conclusão deste trabalho.

Pais Vanderlei e Tereza, e irmãos Alexandre e Daniel, pelo incentivo.

A meu namorado Rômulo, pela colaboração nas correções deste trabalho, pelo apoio e companheirismo.

Tio Luiz pelo apoio e o empréstimo de livros

Professor Pedrão por ter me ensinado os primeiros passos no caminho da pesquisa científica.

Professora Ana Maria Pimenta pela dedicação e compromisso.

Professor Lazslo pelo incentivo.

Secretárias do departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Secretárias do departamento de Pós-Graduação.

Sofie do Departamento de Relações Internacionais pelas traduções.

Bernadete e Lourdes do Núcleo de Apoio Bibliográfico, pela atenção e pelos empréstimos de bibliografias.

*No sabemos qué es el cuerpo,  
todavía menos cómo funciona la mente,  
pero, por encima de todo,  
jamás concebiremos cómo están unidos cuerpo y mente.*

Pascal, Pensamientos (1623 - 1662)

## SUMÁRIO

Lista de Figuras.....	v
Resumo.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xii
Apresentação.....	xiv
1. Introdução.....	16
2. Objetivo.....	30
3. Metodologia.....	31
3.1. Sujeito.....	31
3.2. Local.....	31
3.3. Período de Estudo.....	33
3.4. Variáveis do Estudo.....	33
3.5. Procedimentos para obtenção de dados.....	34
3.6. Procedimentos éticos.....	35
3.7. Procedimentos.....	35
3.8. Análise dos dados.....	36
4. Resultados.....	37
5. Discussão.....	57
6. Considerações finais.....	65
7. Referências Bibliográficas.....	68
Apêndices.....	72

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição percentual dos tipos de diagnósticos encontrados na busca de prontuários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004 com o diagnóstico F 45, segundo CID-10 .....	38
Figura 2. Distribuição percentual dos locais de 1º atendimento de acordo com os dados dos prontuários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004 com o diagnóstico F 45, segundo CID-10 .....	39
Figura 3. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo fator estressor .....	40
Figura 4. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo sexo.....	41
Figura 5. Distribuição percentual dos portadores do diagnóstico de transtorno de somatização F 45, segundo a cor de pele .....	42
Figura 6. Distribuição percentual dos portadores do transtorno de somatização, segundo a idade.....	43
Figura 7. Distribuição percentual do número de moradores nas casas dos portadores de transtorno de somatização.....	44
Figura 8. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo estado civil.....	45

Figura 9. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo do numero de filhos.....	46
Figura 10. Distribuição percentual do número de portadores com transtorno de somatização, segundo local de nascimento, no período de 1996 a 2004.....	47
Figura 11. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo procedência.....	48
Figura 12. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo escolaridade .....	49
Figura 13. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo graus de escolaridade e cor de pele.....	50
Figura 14. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo religião que professa .....	51
Figura 15. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo ocupação.....	52
Figura 16. Distribuição percentual do número de atendimentos realizados na unidade de emergência, no período de 1996 a 2004 aos portadores de transtorno de somatização .....	53
Figura 17. Distribuição percentual do número de atendimentos realizados nos ambulatórios do Hospital das Clinicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2005 aos portadores de transtorno de somatização .....	54

Figura 18. Distribuição percentual do número de internações, realizadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004 aos portadores de transtorno de somatização..... 55

Figura 19. Distribuição percentual do número dos portadores de transtorno de somatização, os quais só freqüentaram a Unidade de Emergência ou os ambulatorios e a internação, no período de 1996 a 2004..... 56



## RESUMO

Psicossomática e transtorno de somatização: caracterização da demanda em hospital escola no período de 1996 a 2004

O termo “Psicossomática” utilizado para designar a inter-relação entre sintomas físicos e fatores emocionais nas diversas patologias variou durante anos provocando confusões. Os diversos tratamentos médicos podem elevar gastos nos serviços de saúde. O presente estudo busca caracterizar a demanda de pacientes do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) no período de 1996 a 2004 cujo diagnóstico é Doença Psicossomática. A coleta de dados foi realizada em prontuários médicos, no Serviço de Arquivo Médico (SAME), com a categoria diagnóstica F 45 que, de acordo com o CID-10, significa Transtorno de Somatização; essa categoria foi utilizada como palavra chave no banco de dados. Na busca pelos prontuários foram encontrados 397, porém apenas 136 registravam o diagnóstico F 45, amostra do presente estudo. A coleta foi dificultada devido às letras ilegíveis e à falta de dados nos prontuários relacionados aos itens do instrumento de coleta. A população constituiu-se pela maioria nascida no Estado de São Paulo com 43% da amostra, desses 14% nasceram em Ribeirão Preto-SP e 29% nasceram em outras cidades do Estado; são moradores do Estado de São Paulo 48%, desses 26% moram em Ribeirão Preto e 22% moram em outras cidades do Estado; 74,2% dos indivíduos são do sexo feminino; 87% têm cor de pele branca; 57% têm 1º grau incompleto; 70% professam a religião católica. Quanto ao estado civil, tem-se que 57% dos indivíduos são

casados/amasiados; 52,96% possuem filhos; 32% dos indivíduos vivem com uma pessoa na mesma casa; 43,4% exercem a ocupação do lar e 14% dos indivíduos possuem como fator estressor problemas de saúde. Os indivíduos atendidos na Unidade de Emergência, em sua maior parte, comparecem numa frequência de até cinco vezes (35%); os atendidos nos ambulatórios do HC, em sua maioria, comparecem numa frequência de 20 vezes (49%). Os internados possuem a frequência de zero a cinco vezes com 57% dos indivíduos. O local com o maior número de atendidos é a Unidade de Emergência com 43% dos indivíduos da amostra. Os dados encontrados caracterizam a população de indivíduos portadores de Transtorno de Somatização como: mulheres, casadas ou amasiadas, de baixa renda, sem filhos, do lar, com faixa etária entre 43 e 53 anos, de cor branca, com 1º grau de escolaridade incompleta, católicas, que moram com uma pessoa na mesma casa, nascidas em outras cidades do Estado de São Paulo, residentes em Ribeirão Preto e que freqüentam a Unidade de Emergência sem seguir um tratamento médico. Dessa forma, esses pacientes com Transtorno Psicossomático, isto é, pacientes com Transtorno de Somatização, contribuem para elevar os custos e a demanda dos Serviços de Saúde. Se esses indivíduos fossem atendidos de acordo com suas necessidades individuais, as filas de espera poderiam diminuir e suas condições de saúde poderiam ser melhores.

## RESUMEN

Psicosomática y trastorno de somatización: caracterización de la demanda en un hospital escuela entre 1996 y 2004

El término “Psicosomática”, utilizado para designar la interrelación entre síntomas físicos y factores emocionales en las diversas patologías varió durante años, provocando confusiones en los tratamientos médicos, y elevó los gastos en los servicios de salud. Este estudio buscó caracterizar la demanda de pacientes del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (HCFMRP-USP), Brasil, en el período del 1996 al 2004, cuyo diagnóstico es Enfermedad Psicosomática. La recopilación de datos fue realizada en archivos médicos en el Servicio de Archivo Médico (SAME), con la categoría diagnóstica F 45 que, de acuerdo con el CID-10, significa Trastorno de Somatización. Esa categoría fue utilizada como palabra-clave en el banco de datos en la búsqueda por los archivos. Se encontraron 397 archivos, de los cuales sólo 136 contuvieron el registro del diagnóstico F45, constituyendo la muestra de este estudio. La recopilación fue dificultada debido a las letras ilegibles y falta de datos en los archivos relacionados a los ítem del instrumento de recopilación. La población consiste en la mayoría nato en el Estado de São Paulo, con el 42% de la muestra, siendo que el 29% nació en otras ciudades del estado y el 14% de los individuos nacidos en Ribeirão Preto; la mayoría vive en ciudades del Estado de São Paulo con el 48%, siendo que el 26% vive en Ribeirão Preto y el 22% en otras

ciudades del Estado; el 74,2% de los individuos es del sexo femenino; el 87% de la muestra tiene piel blanca; el 57% tiene educación básica incompleta; y el 70% profesan la religión católica. En cuanto al estado civil, el 57% de los individuos son casados o tienen relacionamiento estable; el 52,96% tiene hijos; el 32% vive con una persona en el mismo hogar; el 43,4% de la muestra ejerce la ocupación del hogar, el 14% de los individuos poseen como factor de estrés problemas de salud. La mayor parte de los individuos que reciben atención en la unidad de emergencia son atendidos con una frecuencia de hasta cinco veces, con el 35% de los individuos; la mayoría de aquellos atendidos en los ambulatorios del HC comparecen con una frecuencia de 20 veces, con el 49% de los individuos. Entre los hospitalizados, la frecuencia es de cero a cinco veces, con el 57% de los individuos. El sitio con el mayor número de individuos atendidos es la Unidad de Emergencia, con el 43% de los individuos de la muestra. Los datos encontrados caracterizan la población de individuos portadores de Trastorno de Somatización como: mujeres, casadas o con pareja fija, de baja renta, sin hijos, del hogar, grupo de edad entre 43 y 53 años, blancas, educación básica incompleta, católicas, viven con una persona en el mismo hogar, nacieron en otras ciudades del Estado de São Paulo, residen en Ribeirão Preto, y frecuentan la Unidad de Emergencia, sin hacer seguimiento en el tratamiento médico. Así, los portadores del trastorno psicossomático, o sea, los portadores del trastorno de somatización contribuyen para los altos costos del sistema de salud, generando también altas demandas por atención. Si esa población recibiera un tratamiento adecuado de sus necesidades, las colas de espera podrían disminuir y esos individuos mejorarían sus condiciones de salud.

## ABSTRACT

Psychosomatics and somatization disorder: demand characterization at a teaching hospital between 1996 and 2004

The term “Psychosomatics”, used to designate the interrelation between physical symptoms and emotional factors in different diseases has varied over time, provoking confusion in medical treatments, and has increased health service expenses. This study aims to characterize the demand of patients who attended the *Hospital das Clínicas* of the University of São Paulo at Ribeirão Preto Medical School (HCFMRP-USP) between 1996 and 2004, and were diagnosed as Psychosomatic Disease. Data were collected in medical files at the Medical Filing Service (SAME), which contained the diagnosis category F 45. According to the ICD-10, this means Somatization Disorder. This category was used as a key word in the file search. We found 397 files, only 136 of which contained registries of the F45 diagnosis and constituted the study sample. Data collection was impaired by unreadable handwriting and lack of data about items for data to be surveyed. The population consists of a majority born in the State of São Paulo (42%), 29% born in other cities in the same state and 14% in Ribeirão Preto; most participants (26%) live in Ribeirão Preto, while 22% live in other cities in the same state; 74.2% of individuals are women; 87% of the sample are white; 57% have not finished primary education and 70% proclaim themselves Catholic. As to civil status, 57% of participants are married or have a fixed partner; 52,96% have children; 32% of individuals live with one person in the same house, 43.4% are housewives, and

14% of individuals possess health problems as a stressor. Most of the participants (35%) attended at the Emergency Unit make up to five visits; individuals attended at the HC outpatient clinics mostly (49%) make 20 visits. Hospitalized patients make between zero and five visits, with 57% of the sample. The Emergency Unit attends the largest number of patients (43%). These data characterize the patient population with Somatization Disorder as: women, married or with a fixed partner, low income, without children, housewives, age range between 43 and 53 years, white, unfinished primary education, Catholic, live with one person in the same house, born in other cities of the State of São Paulo and living in Ribeirão Preto, and visit the Emergency Unit without receiving further medical follow-up treatment. Thus, patients with psychosomatic disorder, that is, patients with somatization disorder, contributing to high health system costs and also generate high care demands. If this population's needs were adequately attended to, waiting lines could decrease and these individuals could improve their health conditions.

## APRESENTAÇÃO

Ao participar de um curso de massagem terapêutica, entrei em contato com o tema de doenças psicossomáticas. Instigada pelo tema, resolvi aprofundar-me em estudos, leituras em livros sobre psicossomática, assim como freqüentei palestras e cursos relacionados. Quanto mais aprendia, maior era meu interesse em pesquisar. Durante o ano de 2004, quando cursava o quarto ano do curso de graduação em Enfermagem, talvez eu adquirira um olhar diferenciado em relação aos doentes, um modo de ver a doença sob a perspectiva de integrar os estados físico e psíquico, ou seja, vendo cada paciente como único, íntegro, não dividido em partes.

Desenvolvi uma pesquisa cujo objetivo foi realizar um levantamento bibliográfico sobre os temas de psicossomática estudados nos últimos 25 anos. Para isso pesquisei junto à base de dados da Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) sob orientação do Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, pesquisando as palavras-chaves: psicossomática; *psychosomatic*. Foi concluído que as doenças psicossomáticas não atingem somente um órgão e ou sistema, mas podem afetar diversos órgãos e ou sistemas do organismo, compreendendo conhecimentos de diversas áreas da saúde.

Desse modo, quanto à Psicossomática, desejei prosseguir na busca de conhecimentos, para poder contribuir na qualidade da assistência às pessoas que sofrem de tais doenças, para diminuir-lhes o sofrimento ou oferecer-lhes oportunidades para que possam conviver melhor com seus sintomas, e ter assim seu melhor controle.

Portanto, pareceu-me adequado desenvolver a presente de pesquisa em nível de Mestrado explorando a temática “Psicossomática” também por meio de estudos dos quais participei no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com o Prof. Dr. Lourenço Gallo, do Departamento de Clínica Médica dessa mesma Universidade. Essa participação me estimulou a pensar e entender melhor o doente psicossomático e a perceber que se trata de um cliente potencial aos diversos profissionais da área da saúde, incluindo o enfermeiro, que tem à sua frente um amplo campo ainda por explorar no âmbito de sua profissão, tanto em relação à assistência quanto em relação ao ensino e à pesquisa.



## 1. Introdução

Desde a Antiguidade, na Grécia, pensadores como Hipócrates, Platão e Aristóteles compartilhavam a idéia de que a mente e o corpo constituíam um todo, portanto, o tratamento das doenças deveria ser focado no indivíduo e não apenas em uma parte sua doente.

No século XVII, Descartes contribuiu para que a medicina se voltasse para a terapêutica do corpo, deixando a mente do indivíduo aos cuidados espirituais de sacerdotes e curandeiros, enfatizando a separação da mente do corpo no exercício terapêutico.

No século XIX, Heinroth, psiquiatra alemão, introduziu o termo “psicossomático” na medicina, que possuía o significado das inter-relações entre aspectos emocionais e físicos no adoecer. Nessa época, muitos trabalhos científicos foram realizados com o intento de estudar e descobrir relações entre doenças somáticas e emoções; como em 1833, quando William Beaumont publicou um trabalho demonstrando que a mucosa gástrica apresentava alterações diante das emoções sentidas pelo indivíduo, contribuindo para o avanço da psicofisiologia.

Ainda no século XIX, a classe trabalhadora dos países desenvolvidos passava por períodos de adversidades, desemprego devido à substituição da força de trabalho por máquinas, baixos salários e longas jornadas de trabalho. Essa população desenvolvia doenças ocasionadas pelo esgotamento físico e mental, pela falta de leis trabalhistas que protegessem a saúde do trabalhador.

No século XX, com o estabelecimento das leis trabalhistas os

trabalhadores começaram a adquirir outras doenças relacionadas ao trabalho, como por exemplo elevados índices de úlcera péptica em operários de nível sociais baixo, dotados de baixa auto-estima, conforme estudo realizado pelo Instituto de Pesquisas Sociais da Universidade de Michigan (HOWARD; LEWIS, 1972).

Mesmo com evidências científicas, as questões sobre as doenças psicossomáticas ainda eram controversas no campo da medicina. Segundo os autores do estudo, o tratamento de problemas psicossomáticos é dificultado pelo desconhecimento de muitos médicos nesse campo, pois tais profissionais eram treinados a pesquisar tratamentos, medicamentos para cada tipo de doença, não relacionando a doença do corpo com a da mente e vice-versa.

Por meio de muitos estudos realizados na área “psicossomática” descobriu-se que as reações físicas dependiam de reações e respostas mentais, que dependiam de estímulo externo. Por exemplo, se alguém está em repouso, todo seu corpo está relaxado e tranquilo, porém se essa pessoa ouve o estrondo de um tiro, o corpo fica gelado, sua frio e se estiver almoçando na ocasião sua digestão paralisa. Essas reações fisiológicas, segundo Cannon (1914) pertencem ao quadro de “luta ou fuga”, ou seja, são estímulos físicos que acionam o organismo e ele responde com respostas fisiológicas.

De acordo com Howard e Lewis (1972), no organismo existem substâncias que visam conservar de forma constante o equilíbrio, porém se a tensão exceder-se, esse equilíbrio é desfeito e o corpo buscará um mecanismo de adaptação através de reações químicas para continuar operando de forma

satisfatória. No entanto, com o tempo esse mesmo mecanismo poderá danificar o organismo gerando uma moléstia de adaptação.

Após alguns anos, o conceito de doença psicossomática surgiu tendo como fatores aspectos biológicos e mentais, e evoluiu para um conceito formado além do corpo e da mente; o corpo social, ou seja, o ambiente em que o indivíduo vive também influencia na geração de doenças (Rodrigues, 1981).

Sob influência da psicanálise, alguns conceitos sofreram transformações, como por exemplo o conceito de “doença” que foi mudado para o de “indivíduo doente”, pois a saúde estava ligada à história da pessoa que pode estruturar patologias conforme molda personalidades pré-mórbidas ou colabora na organização de modelos adaptativos patogênicos (RODRIGUES; RODRIGUES, 1981).

Quanto ao conceito de mundo social, segundo Robazzi et al. (1986), o desenvolvimento do conhecimento avançou na compreensão de que os processos psicossomáticos estão presentes em todas as patologias buscando compreender a doença na sua totalidade, ou seja, não apenas na sua origem e formação, mas também de acordo com seu destino em relação ao ser que apresenta determinada doença, no contexto do mundo em que vive.

Com o avanço da psicanálise, os estudos realizados com indivíduos doentes abrem um leque de informações, como por exemplo a de que fenômenos psicossomáticos consistem na eliminação da psique de uma parte da realidade que deixa o indivíduo sem conhecimento em relação aos afetos, cuja função é advertir a psique de uma situação ansiogena preparando-se para enfrentar algo; se isso é suprimido, provavelmente uma resposta somática a uma mensagem será

decodificada como mensagem biológica (ROCHA, 1988).

Somando-se a essa idéia, Sivadon e Fernandez (1988), ancorados na visão psicossomática, afirmam que o corpo é como um campo de batalha onde ocorrem os jogos de pulsões insaciáveis ou mal investidas; o afeto e a carne estão em constante conflito, o que leva o corpo a ser local de afecções.

Se o processo gerador de doenças está presente no íntimo do indivíduo, segundo Épinay (1988), os processos de cura estão em cada ser humano e as tendências à cura estão inclusas na própria doença.

Porém, existem controvérsias quanto à causa do surgimento de uma patologia ser psíquica, pois de acordo com Sivadon e Fernandez (1988), as influências psicossociais e afetivas não são suficientes para explicar o desenvolvimento de alterações funcionais, existem também os fatores imunológicos, genéticos, neuro-bioquímicos que são mediadores-reguladores. Portanto, a doença deve ser vista de forma sistemática relacionando aspectos corporais e psíquicos que recaem no corporal.

Com o decorrer do avanço da tecnologia e da medicina, a compreensão das doenças levou à formulação de duas grandes categorias: agudas e crônicas. As doenças agudas se caracterizam pelo curto tempo de aparecimento e a existência de uma cura; já as doenças crônicas se caracterizam por longo período de tratamento e pela não existência de cura, somente de um tratamento para seu controle.

Alguns desses tipos de doenças, principalmente de doenças crônicas, são causadas por fatores externos ao indivíduo. Segundo Franz (1989) muitos distúrbios crônicos são ocasionados pelo estresse funcional contínuo da vida

cotidiana do ser humano em sua luta pela existência. Em consonância com esse pressuposto, Fazzi e col. (1991) descreveram o atendimento realizado por profissionais no Hospital das Clínicas de São Paulo, cuja atenção é integral ao paciente. Dessa forma, não somente o alívio dos sintomas, mas uma compreensão do significado desses sintomas de acordo com a história e o momento de vida de cada um está contida nos objetivos da assistência.

As crenças são constituídas ao longo da história, assim, desde a antiguidade, os indivíduos possuem crenças das mais diversas. Como exemplo, podemos citar povos indígenas (Tupi) que estavam certos de que comendo a carne de seus inimigos em rituais (canibalismo) adquiririam seu espírito guerreiro (AGNOLIN, 2002).

Alguns povos antigos acreditavam que as doenças eram causadas pela invasão de espíritos malignos, outros acreditavam que os pecados do indivíduo eram responsáveis pelo aparecimento de doenças (TAYLOR, 1992).

Mais recentemente, tem se concebido que “o ser humano resulta de três áreas ou dimensões: corpo, mente e mundo externo” (PINHEIRO, 1992).

Dessa maneira, todo e qualquer ato praticado pelo homem ocorre correlatamente nessas três áreas do seu existir. A área do corpo compreende a morfologia, fisiologia e bioquímica das células, tecidos, órgãos e sistemas (cardiorrespiratório, digestivo, geniturinário, locomotor e nervoso). A área da mente compreende os estados de consciência e inconsciência, os pensamentos, sentimentos (medo, ódio, amor, raiva entre outros), a razão e as fantasias. A área do mundo externo compreende os fatores ecológicos e aqueles outros relativos aos costumes e hábitos do indivíduo (fatores etnológicos). Os fatores ecológicos

referem-se ao meio físico (micróbios, alimentos, drogas, habitação, entre outros); os fatores etnológicos estão relacionados com os meios sociais, culturais e econômicos, representados pela família, escola, religião, convivência social e profissão, só para citar os mais evidentes. Assim, como todos os atos do homem ocorrem correlatamente nas três áreas do seu existir, isto acontece também na doença.

Segundo Gasparini (1992), a quebra do equilíbrio entre esses fatores provoca o aparecimento de sintomas dos mais variados tipos, como por exemplo, mal-estar, alergias, disfunções intestinais, cardiopatias, úlceras e mesmo alguns tipos de câncer.

Percorrendo esse raciocínio, conclui-se que a maneira pela qual uma pessoa “administra” seus sentimentos tem muito a ver com seu estado de saúde e de doença (PINHEIRO, 1992).

A dor psíquica e os conflitos mentais, originados de uma fonte de estresse interno e ou externo, ao invés de reconhecidos ao nível do pensamento verbal e evacuados através de sonho, meditação e outros para reduzir a tensão formada, podem ser reprimidos e solucionados por soluções psicóticas de tipo alucinatório, ou por manifestações psicossomáticas (McDOUGALL, 1996).

Sifneos (1996) relata que durante um trabalho realizado com alguns pacientes em uma Instituição de saúde em Massachusetts observou que uma parcela de pacientes psicossomáticos possuía dificuldades em descrever seus sentimentos, e deu a essa característica o termo *alexitimia*. De acordo com a etimologia dessa palavra temos: "a" (privação), "lex" (leitura) e "timos" (emoções).

Diante dos estudos mencionados, a continuidade entre o psíquico e

somático tem sido objeto de uma série de investigações. Segundo Segre e Ferraz (1997) “o psíquico responde ao corporal e vice-versa, fala-se, então, de um sistema onde não se delinea uma nítida divisão entre ambos”.

Devido à falta de delimitação entre o psíquico e o corporal, muitos médicos buscam tratar um distúrbio fisiológico apenas na forma biológica, sem saber se sua causa é orgânica ou psíquica, ocasionando a demora para acertar o medicamento. Talvez se o profissional da saúde buscasse compreender a doença no contexto de vida do paciente poderia se diminuir o tempo de tratamento, o sofrimento do indivíduo e as filas de espera de serviços de saúde.

Alguns estudos apontam que a maior parte de pacientes que procuram atendimento médico são portadores de doenças psíquicas; baseado em Giannotti (1998), cerca de dois terços dos pacientes que buscam serviços de saúde são portadores de patologias psíquicas ou psicossomáticas. Por meio das somatizações, isto é, por meio de seu corpo, o indivíduo busca falar sobre seu sofrimento.

Kaplan, Sadock e Grebb (2003) propuseram uma cronologia das principais idéias e de seus autores sobre o fenômeno psicossomático:

Freud (1900) - a histeria de conversão sempre tem uma causa e um significado psíquico primário;  
Jelliffe (1910) - perturbações claramente orgânicas, como febre e hemorragia, eram consideradas como tendo significados psíquicos primários;  
Ferenczi (1910) - doenças psicossomáticas ocorrem apenas em órgãos inervados pelo sistema nervoso autônomo;  
Cannon (1927) - demonstrou os acompanhantes fisiológicos de certas emoções e o papel importante do sistema nervoso autônomo na produção daquelas reações;  
Alexander (1934) - os sintomas psicossomáticos ocorrem apenas em órgãos inervados pelo sistema nervoso autônomo;  
Dunbar (1936) - sugeriu um quadro de personalidade consciente

específico com doenças psicossomáticas específicas;  
Deutsch (1939) - possível trauma durante o nascimento, infância e meninice predispõe o adulto a uma doença psicossomática;  
Horney (1939) - influência da cultura no desenvolvimento de doenças psicossomáticas;  
Wolff (1943) - tentou correlacionar o estresse de vida com resposta psicológica usando testes laboratoriais objetivos;  
Selye (1945) - demonstrou que pode haver sob estresse o desenvolvimento de uma síndrome de adaptação geral. Os hormônios adrenocorticais são responsáveis por essa reação fisiológica;  
Garma (1950) - a úlcera tem um significado psicológico específico;  
Ruesch (1958) - salientou que distúrbios na comunicação resultam em doenças psicossomáticas, que são um tipo regressivo de comunicação;  
Lipowski (1970) - fatores externos (ecológico, natural, ambiental), internos (emocional), genéticos, somáticos e constitucionais, bem como a história passada e presente são importantes e deveriam ser estudados por muitos pesquisadores, cada um lidando com a estrutura de referência para a qual foram treinados (p. 710).

Damásio (2004) ao estudar a forma como os pensamentos desencadeiam as emoções e de como as mesmas cursam com modificações no corpo, o que faz surgir os fenômenos mentais que chamamos de sentimentos, conclui que corpo e mente pertencem a um organismo integrado e singular.

A cada ano a tecnologia avança, os conhecimentos e as técnicas de tratamento se modificam, o que não muda são alguns aspectos inerentes ao homem. De acordo com Ribeiro (2004) os conhecimentos técnicos atuais são importantes, mas em pouco tempo estarão superados por novos, enquanto que os aspectos emocionais, sociais e culturais que ocorrem ao longo da história humana acompanharão o homem enquanto ele existir e dessa forma influenciarão seu estado de saúde ou de doença.



Foi realizado um estudo bibliográfico por Martins e Pedrão<sup>1</sup> que recolheram dados dos últimos 25 anos sobre a psicossomática na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para verificar os artigos que existem relacionados à psicossomática no ínterim (1980 a 2004). As palavras chaves utilizadas foram: transtornos psicofisiológicos; psicossomática; relações mente-corpo; psicofisiologia. Foi realizada também uma busca, apenas no ano de 2003, na *National Library of Medicine* (MEDLINE) com a finalidade de comparação da quantidade de estudos entre esses bancos de dados. Nos 25 anos de busca do LILACS apenas 124 artigos foram encontrados e foram divididos em quinqüênios de acordo com os anos de publicação, classificados e analisados, contendo assuntos variados dentro do tema pesquisado e no ano de 2003 foram encontrados 254 artigos no MEDLINE, o que demonstra que no banco de dados LILACS existem poucos trabalhos relacionados à psicossomática, apesar de ser uma área que abrange os diversos campos da saúde.

Na divisão dos trabalhos em quinqüênios, foram encontrados os seguintes dados: no primeiro quinqüênio (1980 a 1984), os 17 estudos continham artigos que discutiam sobre diabetes *melitus*, medicina psicossomática, psicanálise, homeopatia, neuropsiquiatria, depressão, poliecirurgia, neurobiologia, suicídio, ginecologia, adoecer e morte, úlcera péptica. No segundo quinqüênio (1985 a 1989) encontraram-se 38 artigos que tratavam sobre os temas psicologia social, paciente ambulatorial, psicanálise, paciente terminal, homeopatia, cirurgia de mama, saúde mental, ginecologia e obstetrícia, medicina holística, odontologia,

---

<sup>1</sup> MARTINS, A.V.; PEDRÃO, L.J. A psicossomática nos últimos vinte e cinco anos. Levantamento bibliográfico realizado no Banco de dados (LILACS), encaminhado em 2004 para ser publicado na **Rev. Ana Nery**.

gastroenterologia, cardiologia, parto, otorrinolaringologia, dermatologia, oftalmologia. No terceiro quinquênio (1990 a 1994) foram encontrados 40 trabalhos sobre parto, imagem corporal, reabilitação, estresse ocupacional, estresse universitário, placebo, lombalgias e lombociatalgias, psicossomática e infância, homeopatia, modelo biopsicossocial, psicoterapia de grupo, neoplasias, psiconeuroimunologia, psiquiatria, paradigma mente e corpo, linguagem corporal, rinite alérgica, constipação intestinal, dor, narcisismo, neuroses traumáticas, psicanálise, cardiologia. No quarto quinquênio (1995 a 1999) foram encontrados 20 estudos sobre úlcera péptica, enfermidade mental, cervicalgia e cervicobraquialgia, doenças da alma, asma, distúrbio nutricional na infância, hipertensão, saúde pública, transtorno vocal, psiconeuroimunologia, psicossomática na infância; no quinto quinquênio (2000 a 2004) houve apenas nove trabalhos sobre: paciente psicossomático, psico-oncologia, onco-hematologia, dermatologia, esterilidade e visão global da saúde.

Esse estudo concluiu que o tema da psicossomática está relacionado com o desenvolvimento de doenças orgânicas de diversas áreas da saúde.

Ao longo dos anos, as descobertas científicas contribuíram para que fossem desenvolvidas especialidades médicas, ou seja, médicos que estudam e tratam somente dos problemas relacionados ao coração (cardiologistas), outros médicos que se interessam em estudar os problemas pulmonares (pneumologistas). Com o passar dos anos, isso começou a ocorrer também com enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros profissionais da área da saúde. Tal fato contribuiu para a divisão do homem em partes e ou órgãos doentes, ou seja, para que o ser humano fosse reduzido a minúsculas partículas de volta talvez aos

genes. Porém algumas áreas da saúde estão buscando reintegrar as partes desse organismo humano, como por exemplo os estudiosos da psicossomática, para que se façam os caminhos inversos, integrando novamente as partes em direção ao ser uno (Castro, Andrade, Muller, 2006).

Além dessa divisão da saúde em especializações, durante a história, a palavra “psicossomática” foi utilizada de forma ampla para designar tipos de doenças.

Existiram basicamente três escolas que estudaram a psicossomática: Escola Psicossomática Americana, Escola Psicossomática de Paris e a Escola de Boston e Conceito de Alexitimia; cada uma dessas Instituições, constituída e alicerçada por seus seguidores, tem seu próprio conceito sobre doença psicossomática. Nos anos de 1930, Alexander e Dunbar, autores da Escola Americana, diziam que os transtornos psicossomáticos seriam a consequência de situações de tensão crônica relacionada à expressão inadequada de algumas vivências as quais seriam derivadas para o corpo, e defendiam a existência de um tipo de personalidade para o desenvolvimento de uma doença. Nos últimos anos de 1950, na França, Marty e outros autores, por meio da escuta de pacientes psicossomáticos, concluíram que indivíduos com esse transtorno tinham dificuldades para fantasiar livremente associações subjetivas pobres, dificuldades de estabelecer transferência, ausência de reações afetivas diante de perdas e outros acontecimentos traumáticos, ou seja, esses indivíduos não tinham capacidade simbólica e apresentava baixo valor de sublimação, o que ocasiona prejuízo na capacidade de produção artística e científica. Já nos anos de 1970, John Nemiah e Peter Sifneos, da Escola de Boston e Conceito de Alexitimia,

concluíram que os portadores de transtorno psicossomático tinham dificuldades para reconhecer e descrever seus sentimentos e também para diferenciar sensações corporais dos estados emocionais (Cerchiari, 2000). Holmes e Rahe, ainda na segunda metade do século XX, desenvolveram uma escala para mensurar estresse e realizaram estudos dos quais concluíram que um indivíduo sobre estresse contínuo pode sofrer um transtorno psicossomático.

Desse modo, o termo “psicossomática” pode produzir inespecificidade diante da amplitude de diagnósticos médicos, pois é uma palavra que durante a história designou vários significados de patologias por psiquiatras e psicanalistas, o que acarreta a diluição de seu conceito (Dias,1992). Diante disso, psicossomática não será utilizada nesse estudo.

Já o termo “transtorno”, de acordo com CID-10 (1995), não é um termo exato para indicar doenças, mas é utilizado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecidos na forma clínica, podendo ser associado a sofrimento e interferência com funções pessoais (LAZZARO; ÁVILA, 2002). Por isso, será utilizado neste trabalho o termo “transtorno de somatização”, termo oficial que vigora na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) englobando os diagnósticos relacionados ao F 45. Essa classificação oficial tem o objetivo de unificar as doenças ditas psicossomáticas em um termo conhecido pelos profissionais da área da saúde.

Diante desse panorama histórico, busca-se situar o leitor no caminho percorrido pelo tema das doenças psicossomáticas, ou seja, transtornos de somatização, desde seu nascimento até os achados dos últimos anos.

Esse estudo pretende ater-se a pacientes com idades acima de 18 anos, ou seja, adultos e idosos, pois de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde “adultos são indivíduos de 18 a 60 anos, idosos 60 anos e mais”.

Dissertando sobre essa população, têm-se diversas situações estressoras. No adulto, podem-se destacar situações como obtenção ou perda de um emprego, casamento, nascimento de filho, divórcio, dívidas financeiras, entre outros. No idoso, poderíamos destacar a solidão, enlutamento, perda da memória, aposentadoria, restrição de alimentos, dependência física e econômica.

Na literatura encontram-se indícios de que diante de um fato estressante, geralmente sujeitos entram em desequilíbrio emocional e ou psicológico podendo vir a se adaptar à situação. Quando tal adaptação não ocorre, pode gerar distúrbios físicos, desenvolvendo doenças da competência de diversas áreas da medicina.

Desde a Antiguidade, o homem possui a idéia de que corpo e mente têm alguma interação.

De acordo com os avanços das pesquisas na medicina foi se percebendo de forma concreta que as emoções vividas pelo homem podem influenciar no processo do aparecimento e ou agravamento de doenças. Atualmente há instituições de saúde que dão importância aos resultados dessas pesquisas e realizam um atendimento diferenciado à população. Um exemplo é o Hospital das Clínicas de São Paulo que assiste os pacientes considerando-os como seres biopsicossociais, ou seja, constituídos por mente, corpo e relacionados ao seu papel na sociedade.

Porém, muitos médicos e profissionais de saúde evitam levar em conta a

influência da saúde mental no processo de adoecimento, o que pode prejudicar o tratamento de muitas patologias.

Além do pouco preparo dos profissionais de saúde atualmente existe pouca produção científica na América Latina sobre o tema “Psicossomático”, como foi abordado na pesquisa realizada por Pedrão e Martins (2004), que ao buscarem trabalhos científicos relacionados a “psicossomática” apontam a escassez de estudos na base de dados LILACS; no período de 25 anos (1980 a 2004). Isso se evidencia por meio do número de trabalhos encontrados (124 pesquisas) enquanto que no ano de 2003 na base de dados MEDLINE foram encontrados 254 trabalhos.

Além desses dados, na pesquisa de Pedrão e Martins (2004) a maior parte dos artigos encontrados faz referência ao tema psicossomática presente em várias especialidades médicas, o que faz pensar que durante toda consulta médica a influência das emoções vividas pelo paciente deve ser levada em consideração no processo de adoecimento.

## **2. Objetivo**

Traçar o perfil sócio-demográfico de uma demanda de pacientes que acorreram ao ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) com o diagnóstico de Doença Psicossomática.

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Sujeitos**

Todos os pacientes, atendidos no Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), com o diagnóstico de Transtorno de Somatização de acordo com o CID-10 (1995), ambos os sexos e faixa etária acima de 18 anos.

O Ambulatório de Clínica Médica do HCFMRP-USP atende pacientes com diversas patologias. Entre esses indivíduos encontram-se aqueles que possuem quadros clínicos muitas vezes originários de situações psíquicas, que constituem os sintomas psicossomáticos.

#### **3.2 Local**

O estudo foi realizado no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP).

Este trabalho foi realizado através de consultas em prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Essa Instituição de saúde conta com a Unidade de Emergência, HC *Campus* e o Hemocentro.



O Hospital das Clínicas iniciou suas atividades em 1956 no prédio onde hoje funciona a Unidade de Emergência. A sede no *Campus* foi inaugurada em 1978 e é constituída por 525 leitos; aí se realizam 700 consultas por dia, com atendimentos para a população de Ribeirão Preto, região e outros estados do Brasil.

O HC *Campus* é de alta complexidade, sendo que a assistência à saúde abrange os cuidados de prevenção, tratamento e reabilitação, de natureza clínica e ou cirúrgica, e serviços complementares de diagnóstico e tratamento nas mais diversas especialidades médicas.

A Unidade de Emergência-UE funciona em regime de plantão permanente, prioritariamente terciário, para pacientes em situação de urgência ou emergência médicas. Esse local conta como porta de entrada com a Sala de Estabilização Clínica para pacientes clínicos em estado grave e a Sala de Trauma para pacientes politraumatizados, que após estabilização inicial podem ser transferidos para as diversas áreas do hospital, de acordo com as suas necessidades. Possui também Box para atendimento às urgências não traumáticas de pacientes menos graves, atendimento de Ginecologia, atendimento de Ortopedia e Urgências Pediátricas. A Unidade de Emergência possui leitos internação de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Adulta e Pediátrica, Unidade de Queimados, Semi-Intensivos, Isolamento, Clínica Cirúrgica e Médica, Neurologia, Neurocirurgia, Ginecologia, Pediatria, Moléstias Infecciosas Infantis, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Ortopedia e Psiquiatria.

O Centro Regional de Hemoterapia do HCFMRP-USP – Hemocentro constitui centro de referência na coleta, processamento e distribuição de sangue e

hemocomponentes. Paralelamente a sua atividade assistencial hemoterápica, o Hemocentro desenvolve um intenso e consistente programa de pesquisa como parte do CTC – Centro de Terapia Celular, atuando nas áreas de Hemoterapia, Hematologia, Transplante de Medula Óssea, Biologia Celular e Molecular, voltadas para as doenças do sangue e infecções.

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo conta também com atendimento particular (Clínica Civil), sob administração da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), em que se realizam-se consultas médicas, procedimentos ambulatoriais, cirurgias de pequeno porte, inaloterapia e coleta de exames. É constituída por 15 consultórios e 22 leitos ativados.

### **3.3 Período do Estudo**

Foram coletadas informações dos prontuários de pacientes em atendimento no período de 1996 a 2004. A coleta ocorreu no período de junho a julho de 2005.

### **3.4. Variáveis do Estudo**

As variáveis utilizadas no estudo foram obtidas por meio de prontuário situado no arquivo médico (SAME) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. A seguir seguem as variáveis utilizadas no estudo: *naturalidade*: cidade e estado onde o indivíduo nasceu; *procedência*: cidade e estado onde o indivíduo mora atualmente; *idade*: data de coleta subtraindo a data de nascimento resulta na

idade em anos completos; *sexo*: ambos, masculino e feminino; *cor*: branco, negro, mulato e amarelo; *estado civil*: casado, amasiado, divorciado, desquitado (de acordo com o relatado no prontuário); *escolaridade*: analfabetismo, primeiro, segundo e terceiro grau completos e ou incompletos; *ocupação*: dados do prontuário no sentido de obter informações se o indivíduo é ativo e ou inativo socialmente; *número de moradores na residência*: quantos indivíduos compartilham a habitação com o portador de transtorno psicossomático; *fator estressor*: coletado por meio da leitura minuciosa do prontuário buscando o fato que mais contribuiu para o desenvolvimento do transtorno; *local do 1º atendimento*: especialidade médica pela qual os indivíduos iniciaram seu tratamento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; *tipo de atendimento*: número de vezes que os indivíduos foram atendidos no ambulatório, na internação ou unidade de emergência; *diagnóstico*: classificado segundo o CID-10 (1995) F 45.0 – Transtorno de somatização, F45.1 - Transtorno somatoforme indiferenciado, F45.2 - Transtorno hipocondríaco, F45.3 - Transtorno neurovegetativo somatoforme, F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente, F45.8 - Outros transtornos somatoformes, F45.9 - Transtorno somatoforme não especificado.

### **3.5. Procedimentos para obtenção dos dados**

Inicialmente foi realizado um estudo piloto, junto ao Serviço de Arquivo Médico do HCFMRP-USP, solicitando-se uma listagem contendo todos os pacientes com idade acima de 18 anos atendidos no Hospital das Clínicas de

Ribeirão Preto com o diagnóstico de Transtorno de Somatização, segundo o CID-10 (1995) nos anos de 1996 a 2005.

### **3.6. Procedimentos Éticos**

Para o acesso aos prontuários, foi solicitada autorização à chefia do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP e foram considerados todos os procedimentos éticos necessários pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### **3.7. Procedimentos**

Para o acesso aos prontuários, foi solicitada antecipadamente autorização ao docente do Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP e foram considerados todos os procedimentos éticos necessários pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

No banco de dados do Serviço de Arquivo Médico foi acessado o diagnóstico F45 que gerou uma listagem de prontuários em que esta categoria diagnóstica do CID-10 estava assinalada. Procedeu-se, em seguida, à análise dos prontuários.

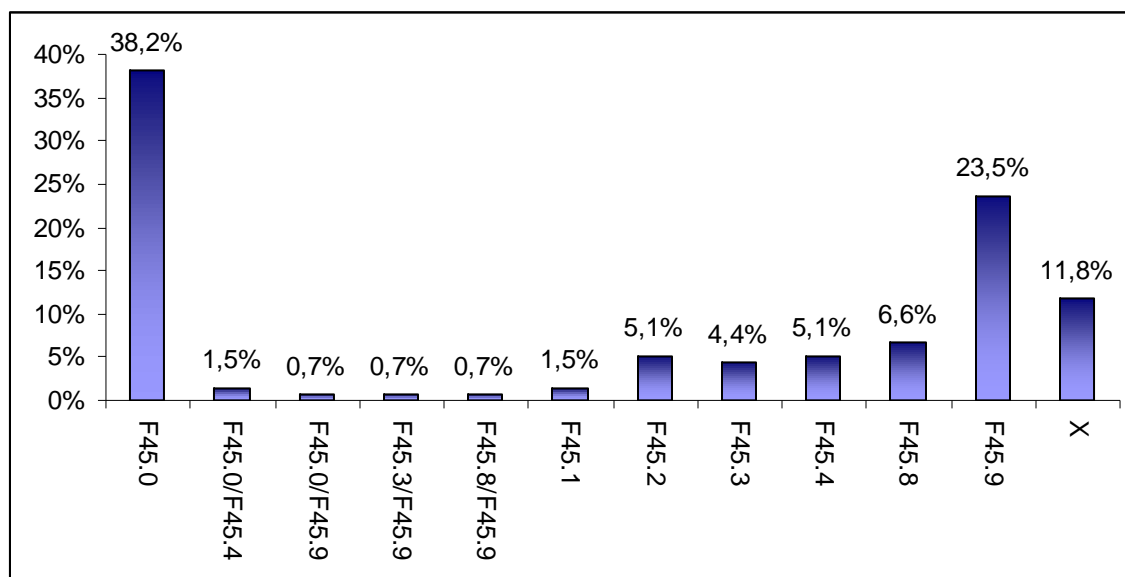
### **3.8. Análise dos dados**

Os dados coletados foram obtidos por meio da análise de prontuários médicos relacionados ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Para isso, foi utilizado um formulário (APÊNDICE) desenvolvido para os fins desta pesquisa. Este formulário foi submetido a pré-teste antes da coleta definitiva. O teste consistiu na busca de dados em prontuários de pacientes com diferentes diagnósticos. As dificuldades surgidas durante este procedimento contribuíram para o desenvolvimento objetivo e facilitador aperfeiçoando o referido formulário e favorecendo a inserção dos dados no banco a ser criado posteriormente.

Nesse banco foi realizada a digitação dupla para a certificação de possíveis erros durante a digitação e, conseqüentemente, sua correção.

#### 4. Resultados

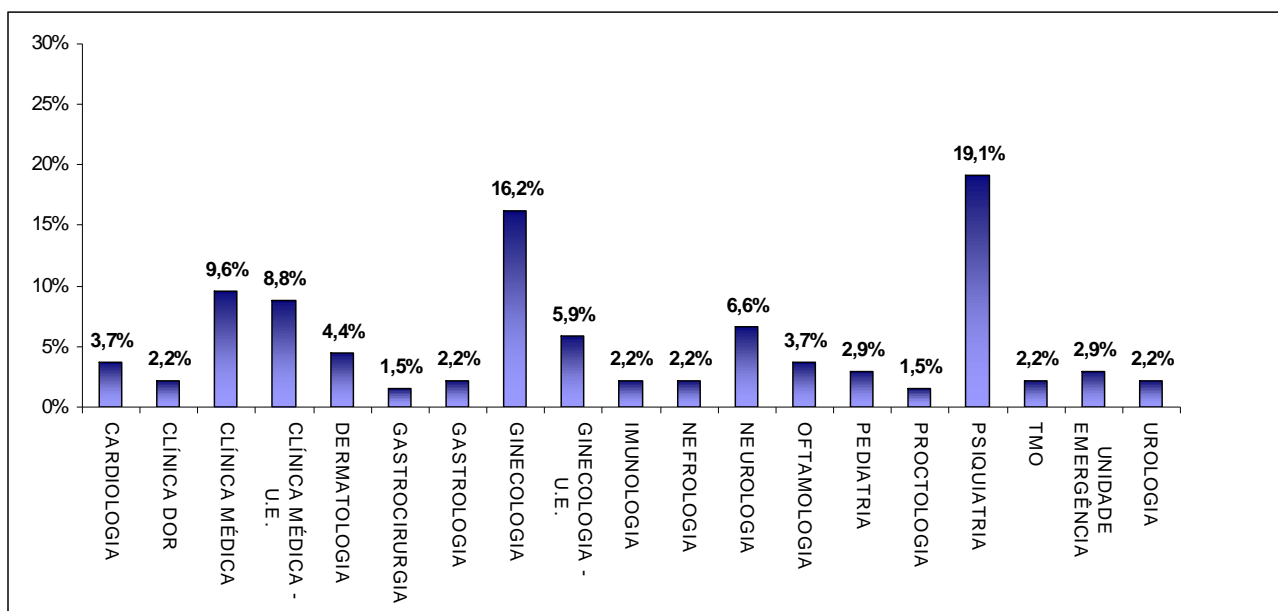
De acordo com a busca no Serviço de Arquivo Médico (SAME) com o diagnóstico F 45 do CID-10 foram encontrados 397 prontuários; desses, existiam 20 em que os indivíduos tinham faixa etária menor do que a estabelecida no critério de seleção do estudo (acima de 18 anos), e 17 prontuários relacionando óbitos. Dos 360 prontuários restantes (100%) 224 (62%) não constavam diagnósticos de F 45, e 136 (37,7%) estavam distribuídos de acordo com o diagnóstico F 45 e serão, portanto, a amostra utilizada e considerada como 100% no presente estudo. Existiam prontuários que não possuíam dados suficientes para preencher todos os itens do instrumento de coleta, nesses itens foi digitado X para assinalar a ausência dos dados. Em cada categoria representada através de gráfico poderá ter uma porcentagem desses valores representados por X.



n=136

Figura 1. Distribuição percentual dos tipos de diagnósticos encontrados na busca de prontuários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto no período de 1996 a 2005 com o diagnóstico F 45, segundo CID-10.

A Figura 1 mostra a distribuição dos tipos de diagnósticos encontrados nos prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra concentra-se no diagnóstico de F 45.0 com 38,2%. Em seguida encontram-se o diagnóstico de F45.9 totalizando 23,5%.

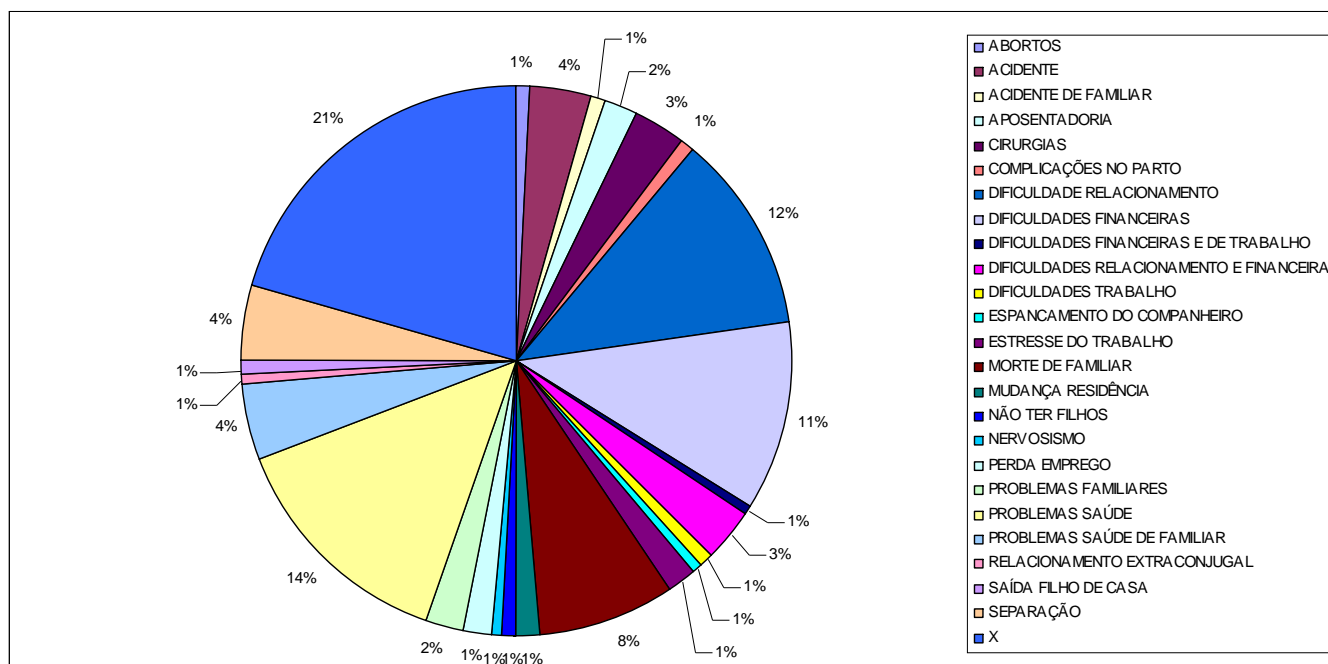


(n= 136)

Figura 2 . *Distribuição percentual dos locais de primeiro atendimento de acordo com os dados dos prontuários do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto no período de 1996 a 2005 com o diagnóstico F 45, segundo CID-10.*

A Figura 2 mostra a distribuição dos locais de primeiro atendimento dos portadores dos diagnósticos F 45 encontrados nos prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra concentra-se na Clínica Médica com 36% dos indivíduos, pois, se somarmos as porcentagens das áreas relacionadas a clínica médica (Medicina de urgência, cardiologia, dermatologia, imunologia, gastrologia, nefrologia, a, clinica medica geral) temos 36%.

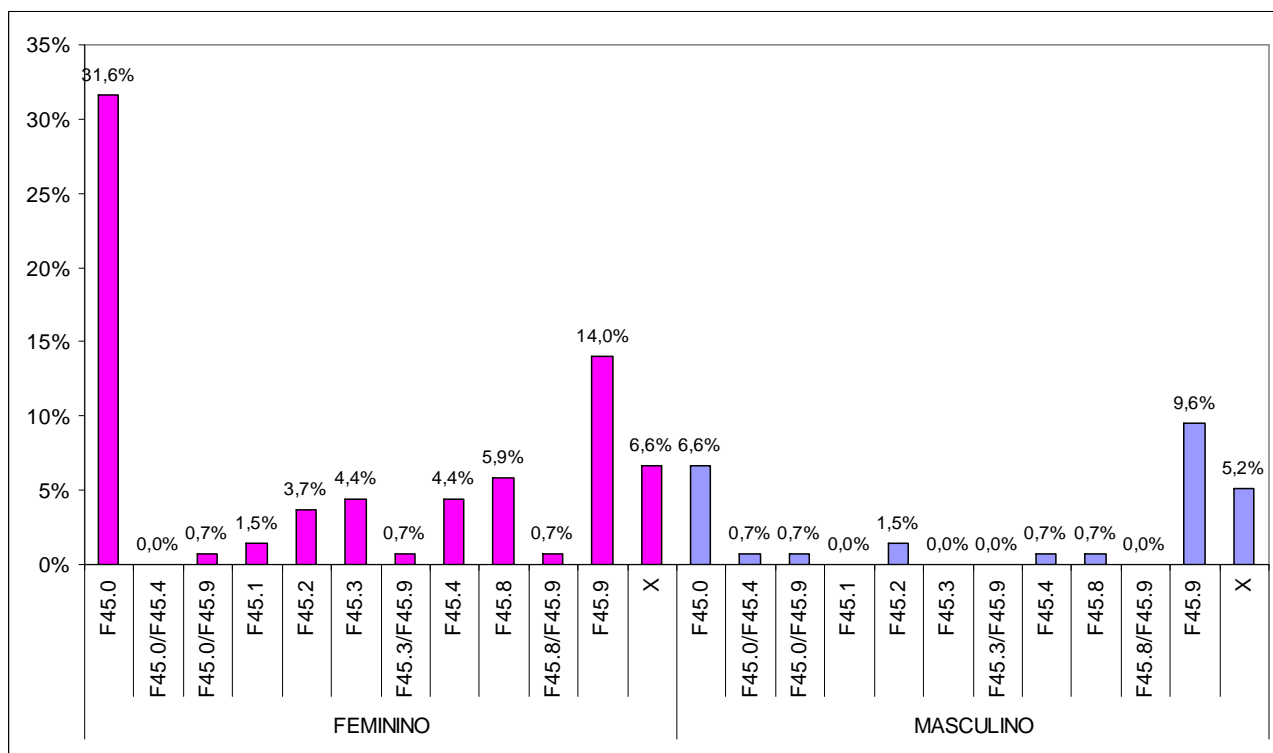




n=136

Figura 3. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo fator estressor.

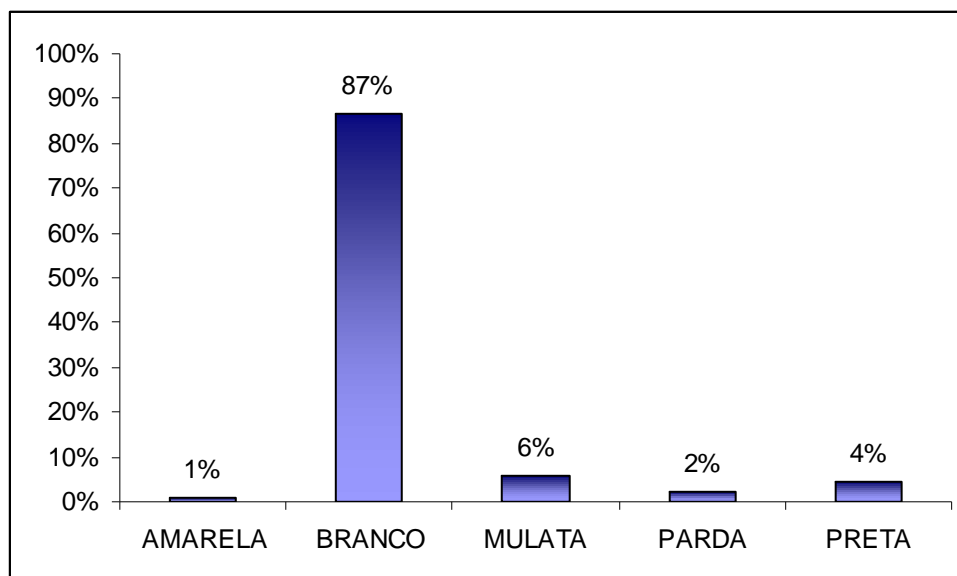
A Figura 3 mostra a distribuição dos tipos de fator estressor que contribuíram para o diagnóstico F 45 encontrados nos prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra, excetuando-se os prontuários com ausência de dados relacionados a esse item representados com X contando com 21% indivíduos, concentra-se em problemas de saúde com 14% dos indivíduos, seguido por dificuldades financeiras com 11% dos indivíduos.



(n= 136)

Figura 4. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo sexo.

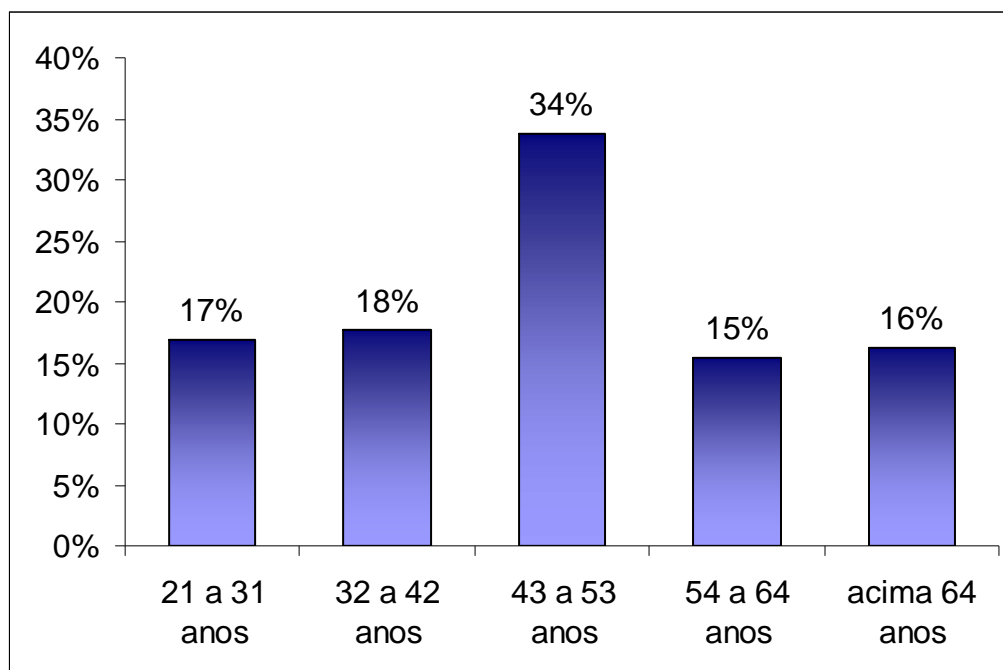
A Figura 4 mostra a distribuição dos sexos entre os portadores dos diagnósticos F 45 e suas subdivisões, encontrados nos prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra é do sexo feminino com 74,2% dos indivíduos, enquanto 25,7% são do sexo masculino. Os prontuários com ausência de dados relacionados a esse item foram representados com X encontrando-se 11,8% dos dados.



n= 136

*Figura 5. Distribuição percentual dos portadores do diagnóstico de transtorno de somatização F 45, segundo a cor de pele.*

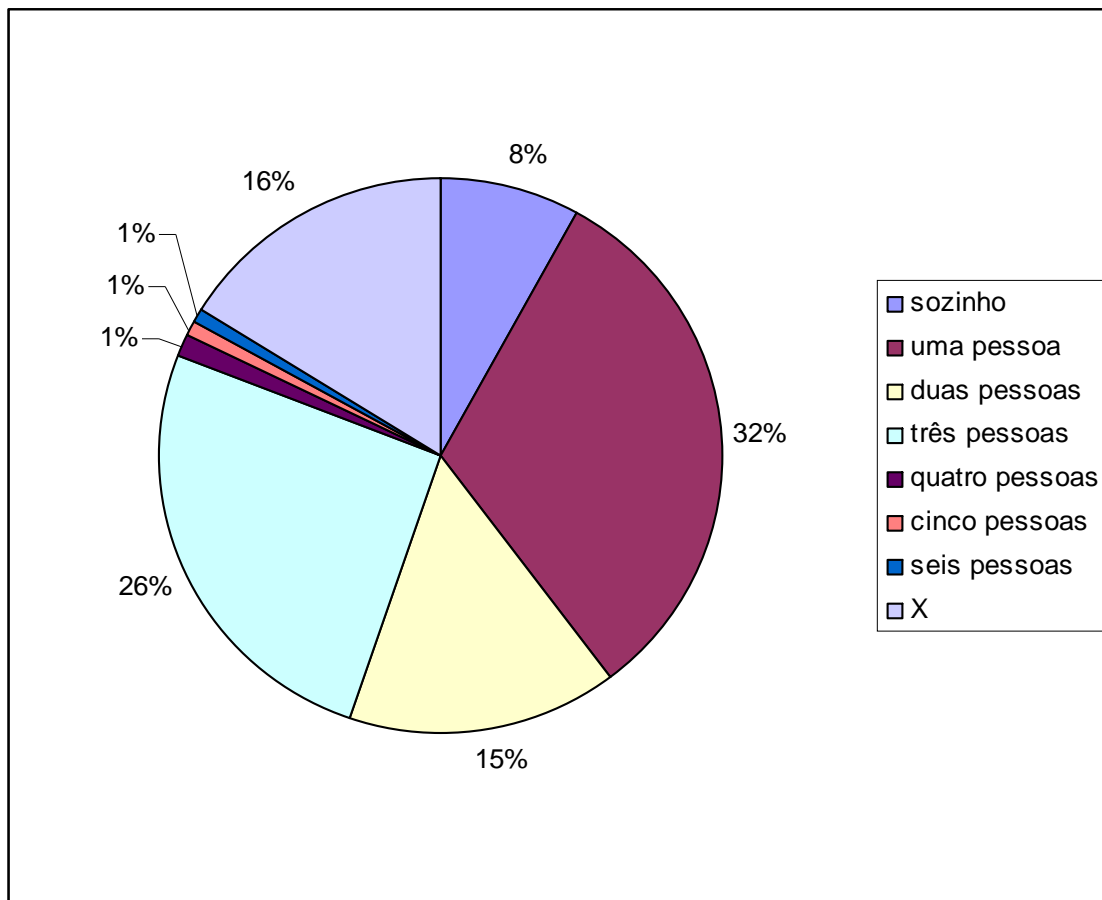
A Figura 5 mostra a distribuição dos portadores do diagnóstico F 45 de acordo com sua cor de pele. A maior parte da amostra concentra-se na cor de pele branca 87%, seguida por cor de pele mulata (6%), cor de pele preta (4%), cor parda (2%) e cor de pele amarela (1%).



n= 136

Figura 6. *Distribuição percentual dos portadores do transtorno de somatização, segundo a idade.*

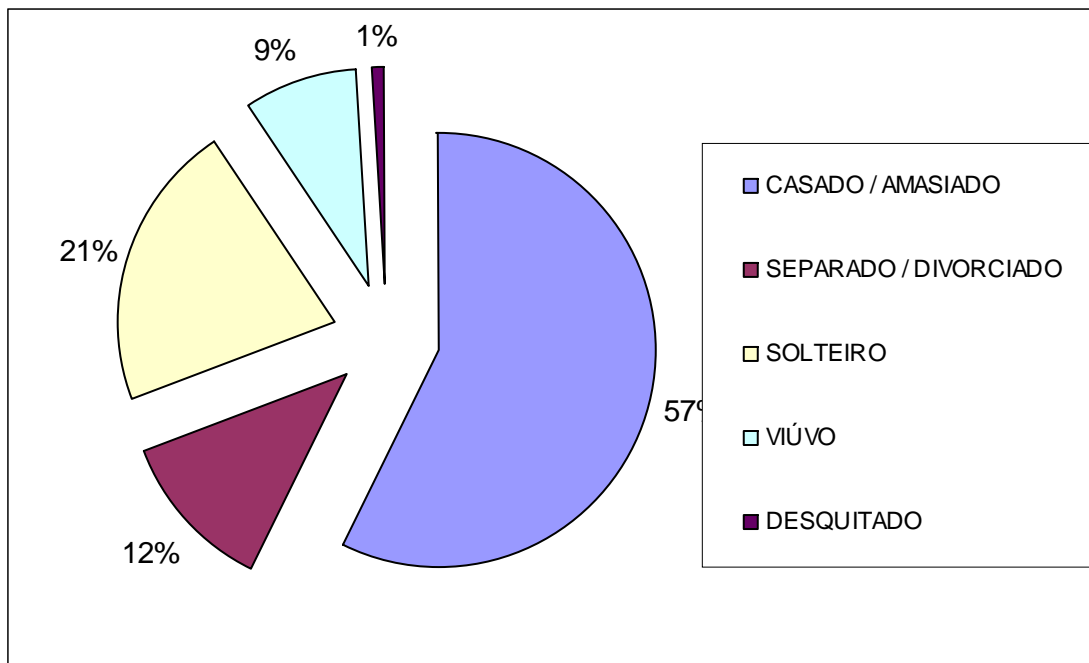
A Figura 6 mostra a distribuição por idade dos portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte concentra-se na faixa etária de 43 a 53 anos totalizando 34% dos indivíduos em relação ao total da amostra com 136 indivíduos. Em seguida encontram-se as faixas etárias de 32 a 42 anos (18% indivíduos) e de 21 a 31 anos (17% dos indivíduos).



n= 136

*Figura 7. Distribuição percentual do número de moradores nas casas dos portadores de transtorno de somatização.*

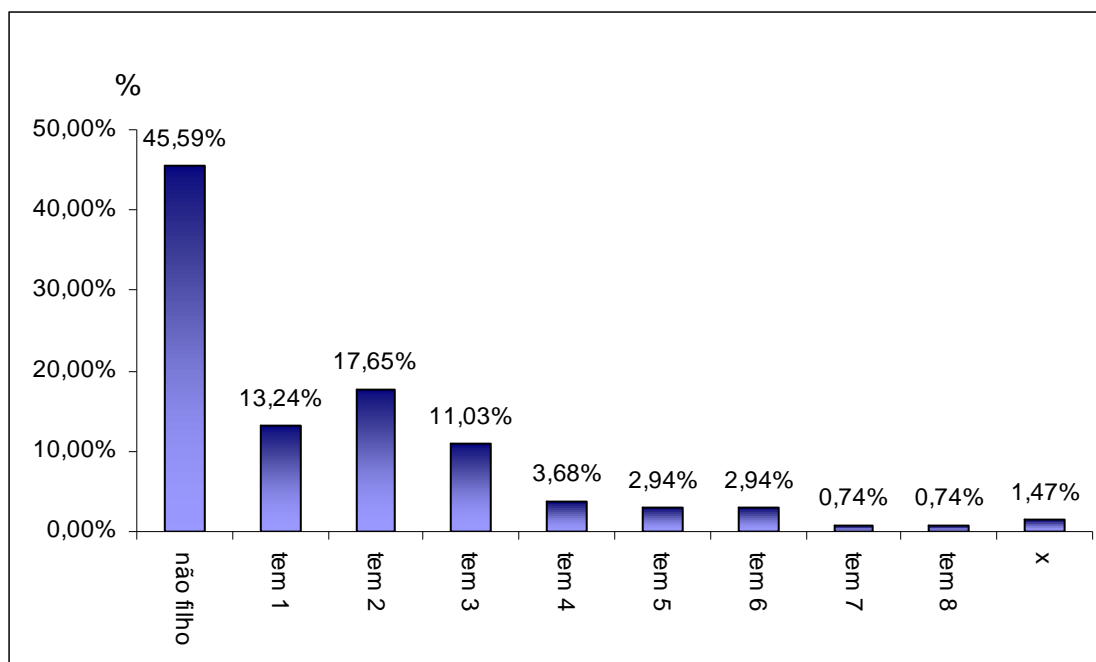
A Figura 7 mostra a distribuição por número de moradores nas casas dos portadores do diagnóstico *transtorno de somatização* no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra vive com uma pessoa (32%), com duas pessoas 15%, com três pessoas 26%, e moram sozinhos 8%.



n= 136

Figura 8. *Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo estado civil.*

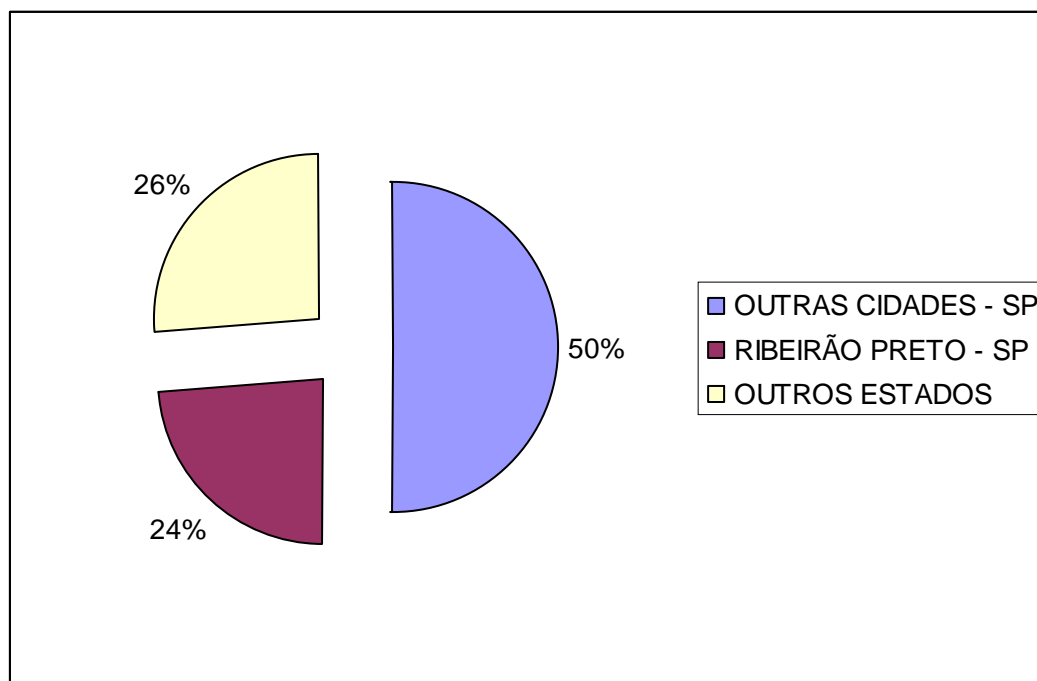
De acordo com os dados da figura 8, ao somarmos os números de indivíduos que não têm companheiros, temos: desquitado 1%; separados/divorciados 12%; solteiros 21% e viúvos 9%; logo, 43% dos indivíduos não têm companheiros; enquanto isso, 57% dos indivíduos têm companheiro, ou seja, são casados/amasiados. Os dados não encontrados referentes a esse item estão demonstrados por X .



n=136

Figura 9. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo do número de filhos.

A Figura 9 mostra a distribuição por número de filhos dos portadores do diagnóstico de *Transtorno de Somatização* atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra é constituída por indivíduos que possuem filhos, pois se somarmos as porcentagens referentes aos sujeitos que possuem um filho 13,24%, dois filhos 17,65%, três filhos 11,03%, quatro filhos 3,68%, cinco filhos 2,94%, seis filhos 2,94%, e sete e oito filhos 0,74%, teremos um total de 52,96% indivíduos que possuem ao menos um filho.

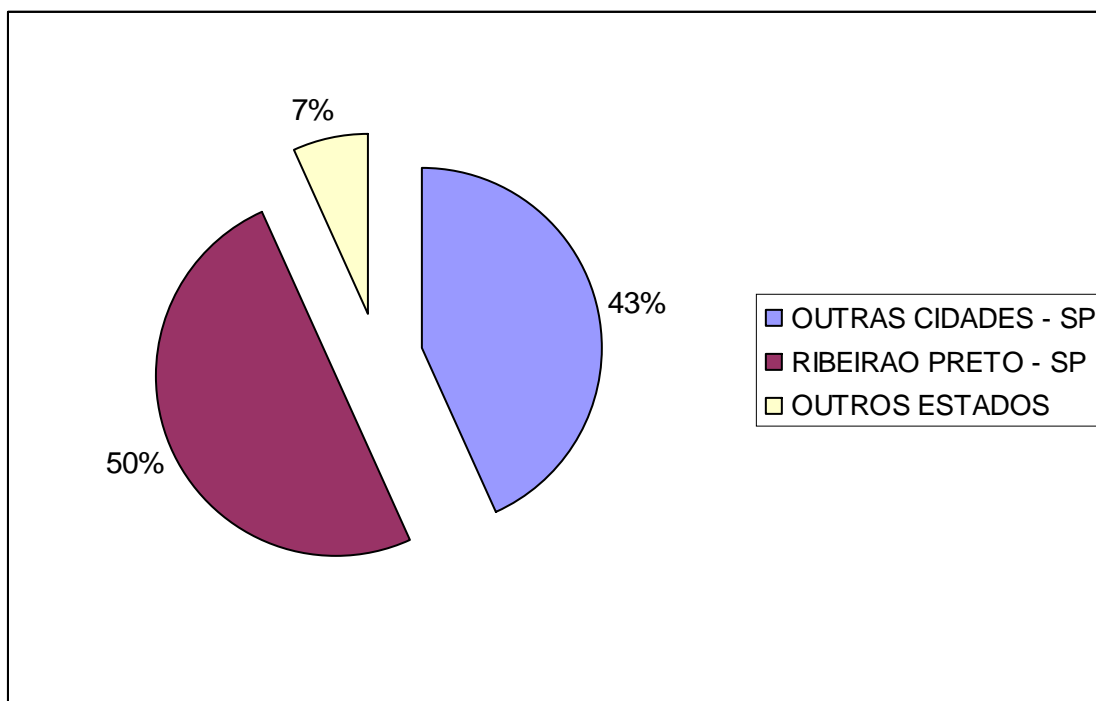


(n= 136)

Figura 10. *Distribuição percentual do número de portadores com transtorno de somatização, segundo local de nascimento.*

A Figura 10 mostra a distribuição por local de nascimento dos portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra é constituída por indivíduos que nasceram no Estado de São Paulo, pois se somarmos os sujeitos nascidos em Ribeirão Preto-SP (24%) com aqueles nascidos em outras cidades-SP (50%), teremos um total de 74% dos indivíduos nascidos no Estado. Já os indivíduos que nasceram em outros estados, totalizam 26%.

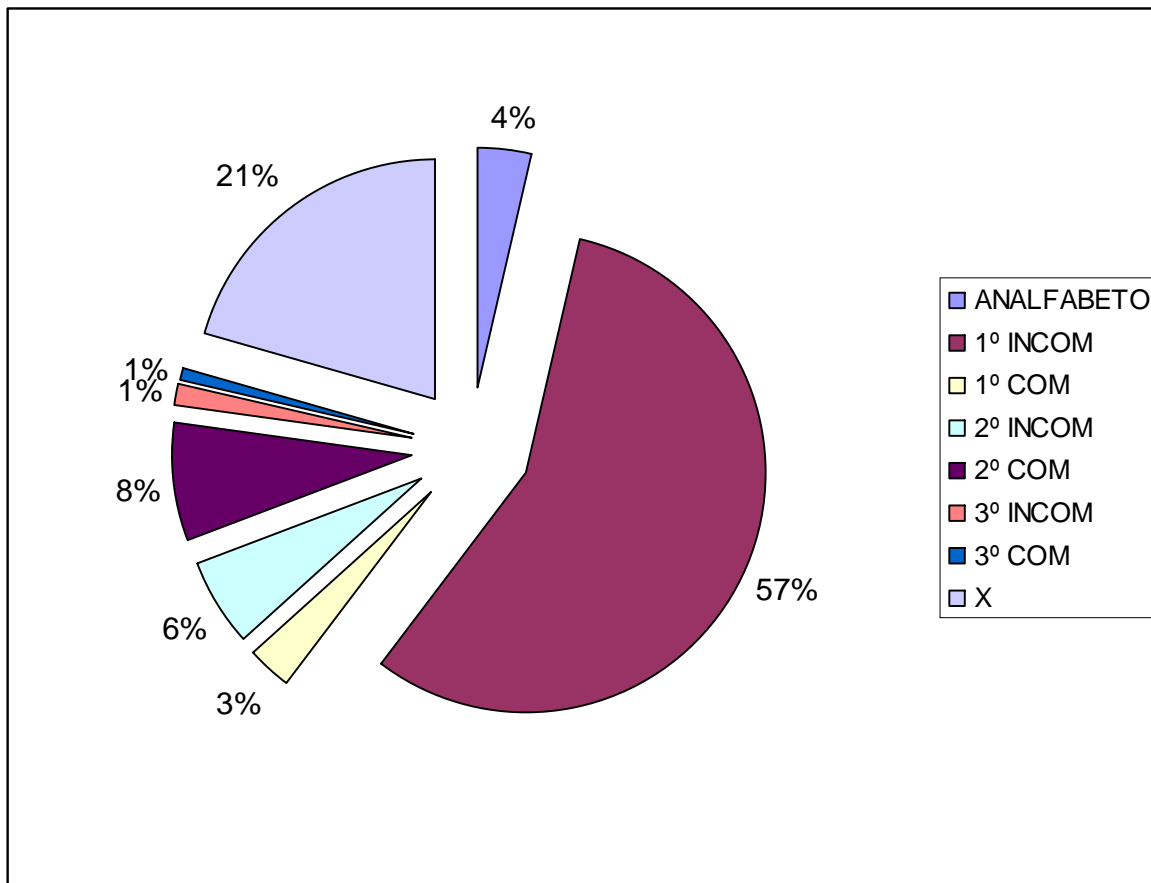




n= 136

Figura 11. *Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo procedência.*

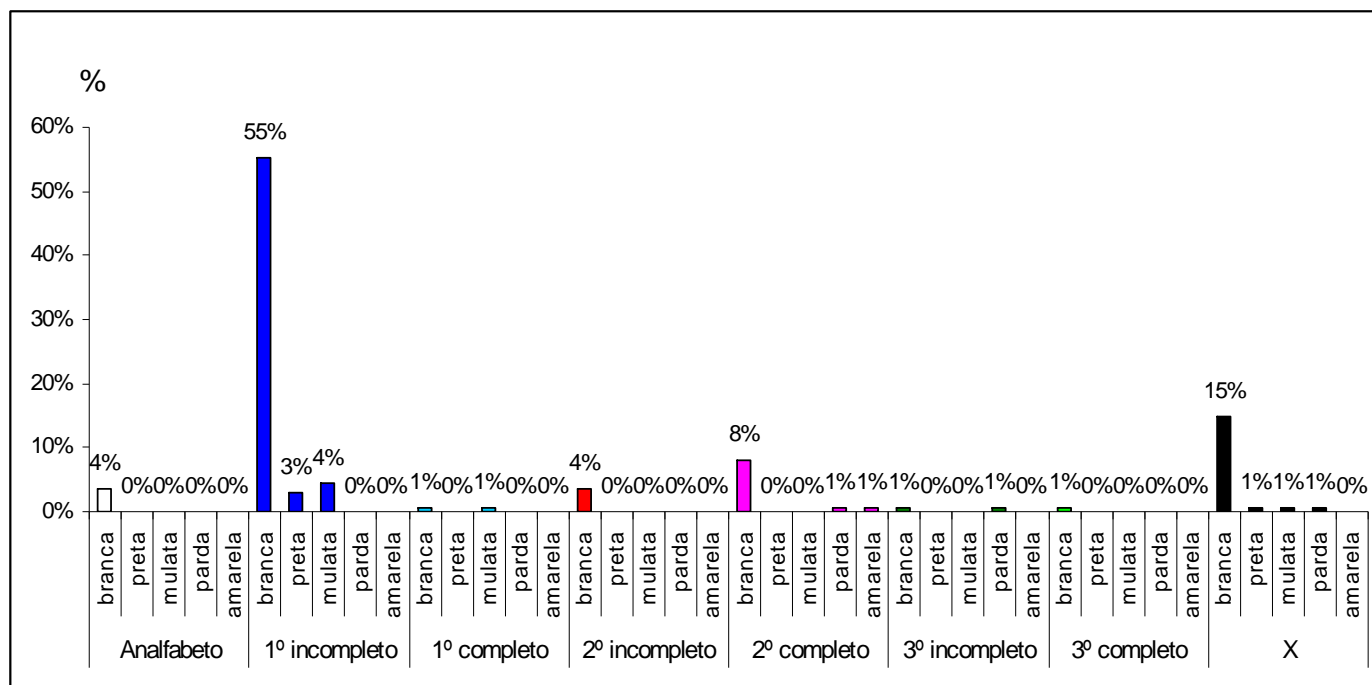
A Figura 11 mostra a distribuição por local de moradia dos portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra é constituída por indivíduos que moram no Estado de São Paulo, pois se somarmos os sujeitos que moram em Ribeirão Preto-SP (50%), com os indivíduos que moram em outras cidades-SP (43%), teremos 93%, já os indivíduos que moram em outros estados totalizam 7%.



n= 136

Figura 12. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo escolaridade.

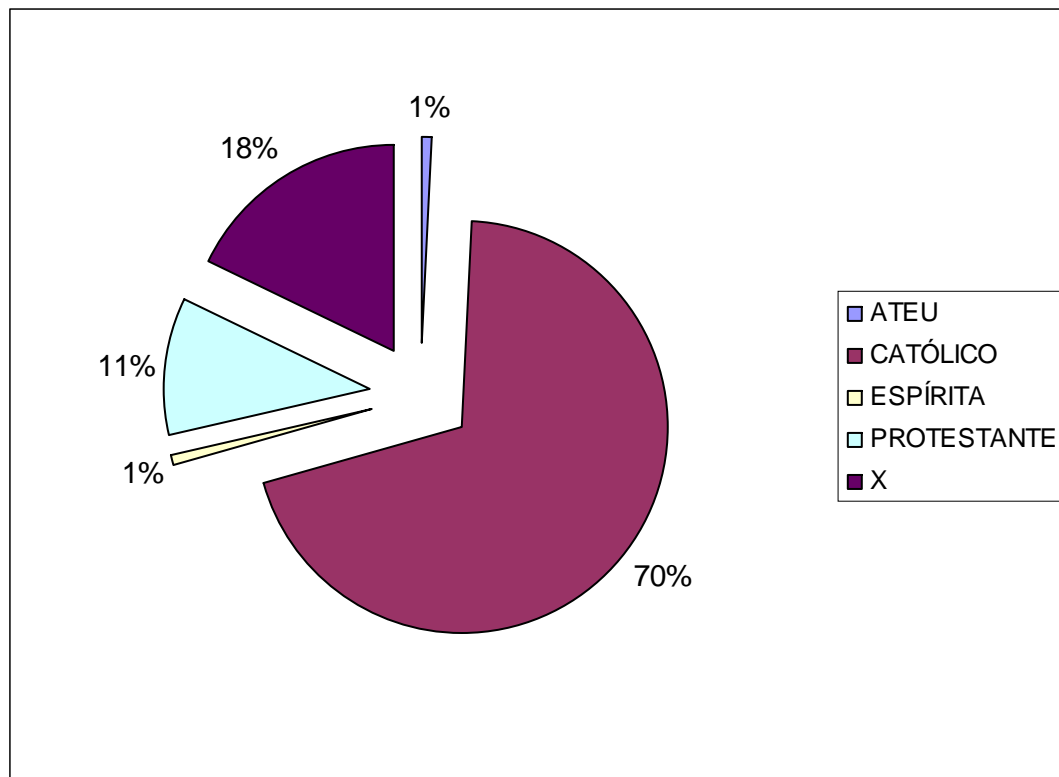
A Figura 12 mostra a distribuição de acordo com o grau de escolaridade entre os portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra tem 1º grau incompleto (57%), os dados não encontrados referentes a este item estão apresentados por X com 21%. O percentual de portadores desse transtorno que possuem o 3º grau completo é de 1%.



n= 136

Figura 13. Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo grau de escolaridade e cor de pele.

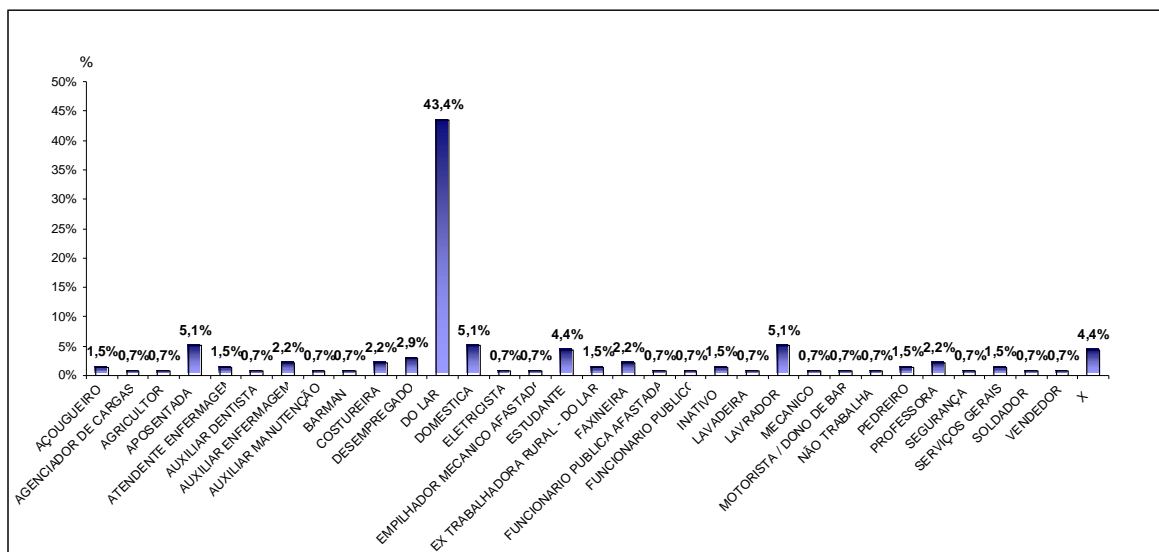
A Figura 13 mostra a distribuição do grau de escolaridade e a cor de pele entre os portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra encontra-se na categoria 1º grau incompleto com 62% dos indivíduos, sendo 55% de cor branca, 4% de cor mulata e 3% de cor preta. Os dados não encontrados referentes a este item estão demonstrados por X.



(n= 136)

Figura 14. *Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo religião que professam.*

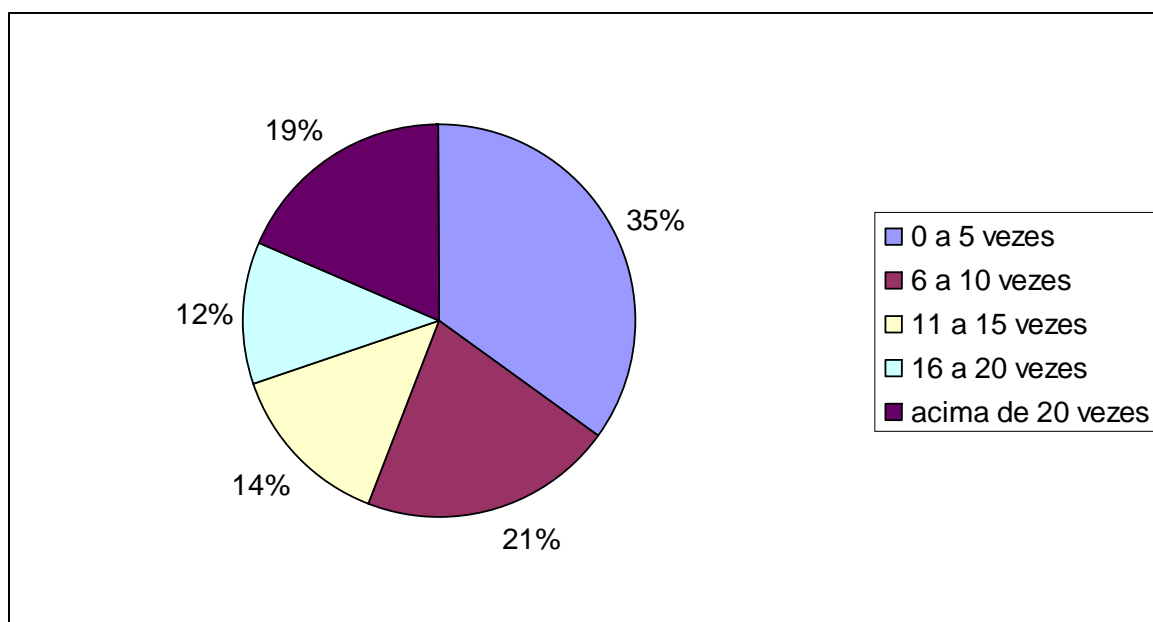
A Figura 14 mostra a distribuição dos portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* de acordo com a religião que professam. A maior parte da amostra declarou-se como católica (70%), em seguida aparece o percentual de protestantes (11%), os ateus e os espíritas (1%). Os dados não encontrados referentes a este item estão demonstrados por X (18%).



n= 136

Figura 15. *Distribuição percentual dos portadores de transtorno de somatização, segundo ocupação.*

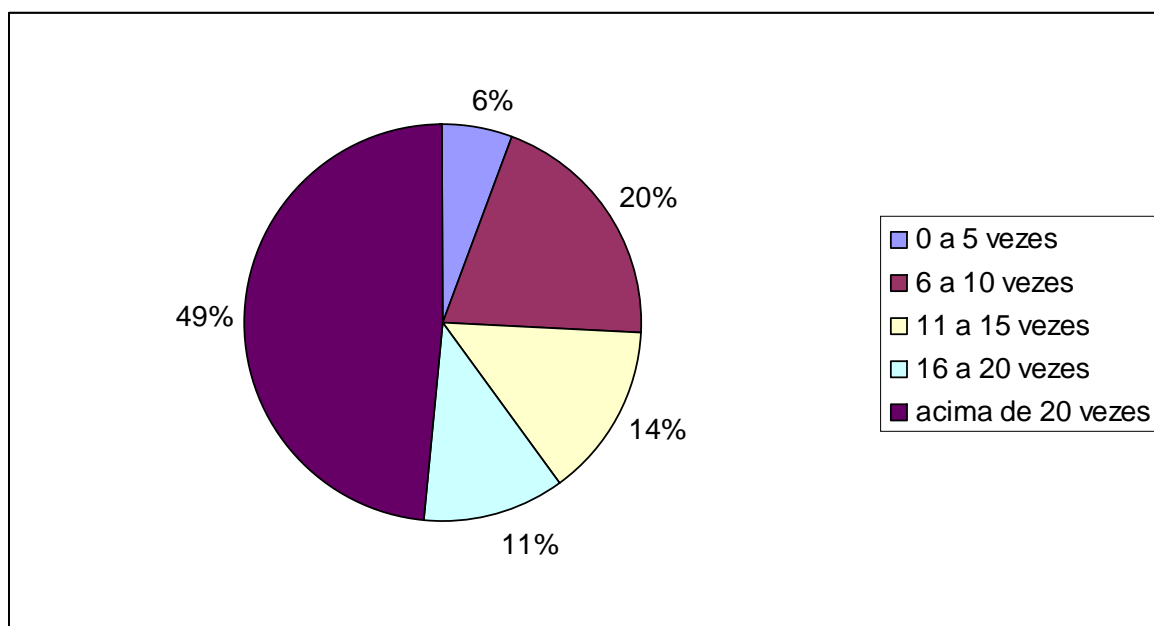
A Figura 15 mostra a distribuição dos tipos de ocupação desenvolvida pelos portadores dos diagnósticos F 45 encontrados nos prontuários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A maior parte da amostra concentra-se na atividade do lar (43,4%). Os dados não encontrados referentes a este item estão demonstrados por X (4,4%).



n=43

Figura 16. *Distribuição percentual do número de atendimentos realizados na unidade de emergência, no período de 1996 a 2004 aos portadores de transtorno de somatização.*

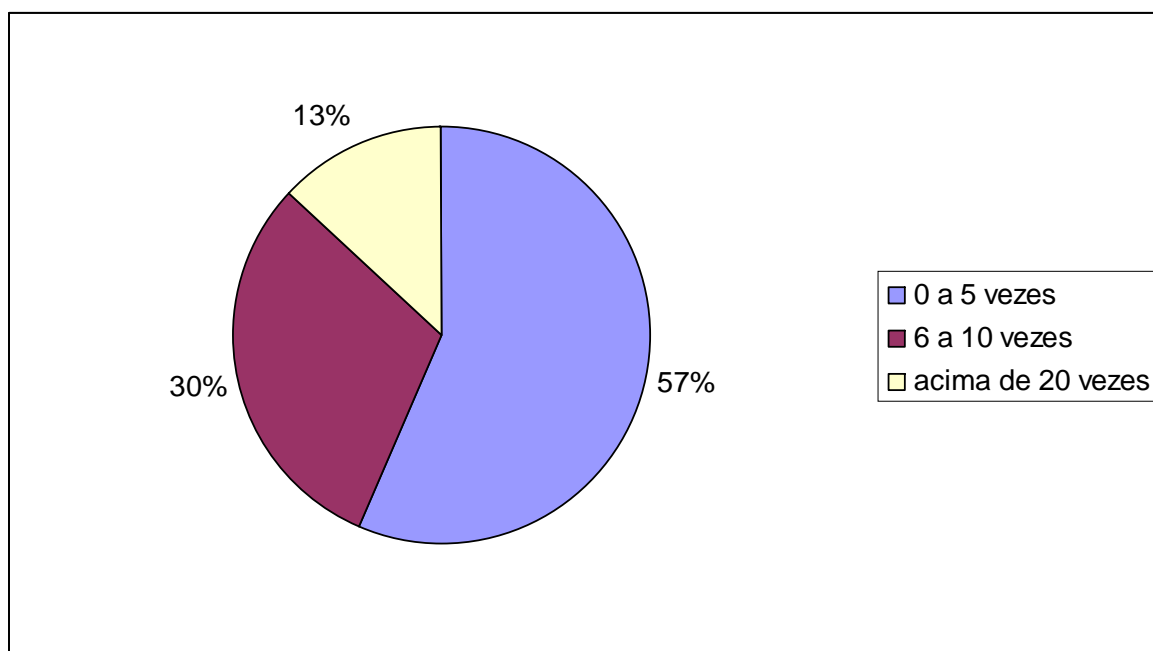
A Figura 16 mostra a distribuição do número de vezes que os portadores do diagnóstico *transtorno de somatização* foram atendidos na Unidade de Emergência. A maior parte da amostra concentra-se no intervalo de zero a cinco vezes com 35% dos indivíduos e de seis a dez vezes com 21% dos indivíduos atendidos nessa Instituição de Saúde no período de 1996 a 2004.



n= 35

Figura 17. Distribuição percentual do número de atendimentos realizados nos ambulatórios do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004 aos portadores de transtorno de somatização.

A Figura 17 mostra a distribuição do número de vezes que os portadores do diagnóstico *transtorno de somatização* foram atendidos em ambulatórios do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. A maior parte da amostra concentra-se em mais de 20 vezes com 49% dos indivíduos, seguida por 20% dos indivíduos, os quais foram atendidos entre seis e dez vezes.

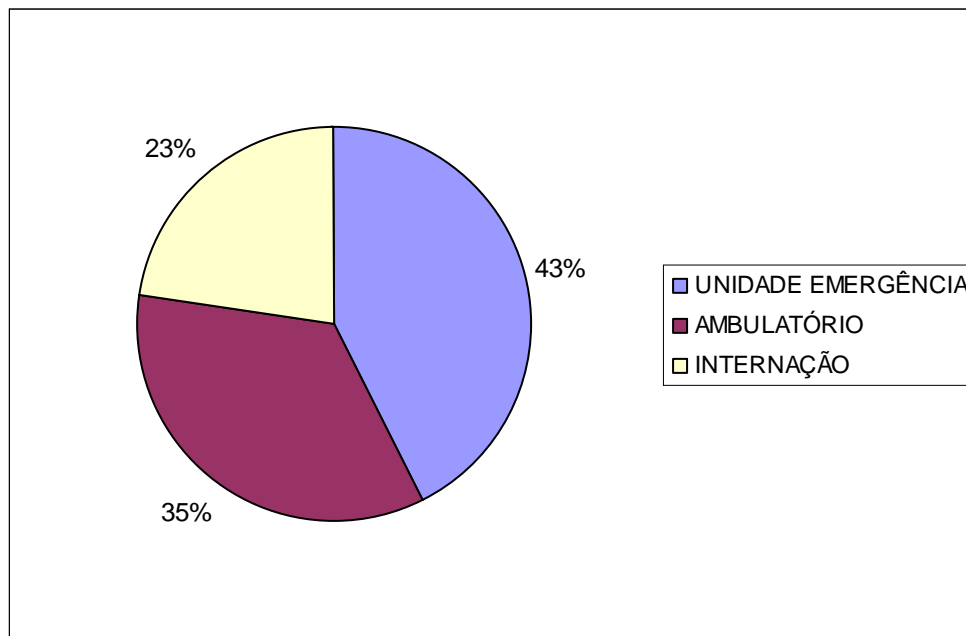


n= 23

Figura 18. *Distribuição percentual do número de internações, realizadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004 aos portadores de transtorno de somatização.*

A Figura 18 mostra a distribuição do número de vezes que os portadores do diagnóstico de *transtorno de somatização* foram internados no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. A maior parte da amostra concentra-se no intervalo de zero a cinco vezes com 57% dos indivíduos, em seguida aparece de seis a dez vezes com 30% dos indivíduos.





n= 136

Figura 19. *Distribuição percentual do número dos portadores de transtorno de somatização, que só freqüentaram a Unidade de Emergência ou os ambulatórios e a internação, no período de 1996 a 2004.*

A Figura 19 mostra a distribuição do número de vezes que os portadores do diagnóstico *transtorno de somatização* foram atendidos em qualquer tipo de atendimento no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, ou seja, todos os indivíduos atendidos nos Ambulatórios, na Unidade de Emergência e/ou que passaram por internação. A maior parte da amostra encontra-se na Unidade de Emergência com 43% dos indivíduos, em seguida aparece nos ambulatórios com 35% dos indivíduos e internações com 23% dos indivíduos.

## 5. Discussão

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitiram caracterizar a demanda dos indivíduos atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tiveram o diagnóstico Transtorno de somatização.

Durante a coleta dos dados dos prontuários selecionados foram detectados alguns obstáculos, a saber:

- As letras ilegíveis.
- A falta de dados nos itens diagnósticos, ocupação, fator estressor, número de moradores nas casas dos portadores de transtornos de somatização, estado civil, escolaridade, cor e religião.

Essa ausência de dados nos prontuários, segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2006), além de dificultar sua consulta para fins de pesquisa pode prejudicar os pacientes, pois o prontuário é documento do paciente, e é nele que os profissionais de saúde devem anotar todos os cuidados, diagnósticos, resultados de exames relacionados a cada paciente. Caso aconteça algum erro médico durante o atendimento de determinado paciente e esse erro for anotado no prontuário, o paciente poderá processar o profissional de saúde responsável pelo dano, porém sem a anotação do profissional fica difícil identificar os autores de tais erros. Alguns erros ocorrem diariamente em muitas instituições de saúde.

- A própria terminologia- psicossomática – e a sua definição.

Na literatura brasileira são poucos os trabalhos realizados com essa temática. Já na literatura européia e norte americana, o número de estudos sobre esse tipo de patologia é vasto, porém muitos autores sentem dificuldade para estudar esse tema devido à sua complexidade, e disso decorrem os diferentes termos que designam o problema, Eastwood (1975) e De Gucht e Fischler (2001). Isso pode levar alguns pesquisadores a interpretações epidemiológicas errôneas, prejudicando o andamento de pesquisas, atrasando a descoberta de novos tratamentos para melhora dos portadores de Transtorno de Somatização.

Esse estudo permitiu a caracterização de pacientes com Transtorno de Somatização atendidos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, a maior parte com o diagnóstico *F45.0*. O primeiro atendimento desses indivíduos foi realizado na *Psiquiatria* ou *Ginecologia* cujo fator estressor foram os *problemas de saúde*; a maioria dos pacientes são do *sexo feminino*; possuem *cor de pele branca*, *faixa etária entre 43 a 53 anos*; *vivem com uma pessoa*, *são casados ou amasiados*; a maioria *possui filhos*; *nasceu em outras cidades*; *mora em Ribeirão Preto*; apresenta baixo nível de escolaridade, possui o *1º grau incompleto*; professa a *religião católica*; é *atendida mais de 20 vezes nos ambulatórios* e de *zero a cinco vezes na Unidade de Emergência e Internações*; entre esses tipos de atendimento a maior parte foi atendida na *Unidade de Emergência* do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Esse trabalho está de acordo com a literatura existente sobre o tema abordado. Segundo o centro de pesquisa e informações sobre patologias médicas (WRONGDIAGNOSIS, s.d.), foi realizado um estudo em um hospital da Inglaterra entre 2002 e 2003, que demonstrou que 93% das consultas realizadas foram compostas por indivíduos com diagnóstico de transtorno de somatização. Em

relação ao sexo, 37% dessas consultas são constituídas por homens e 63% por mulheres; além disso, 31% das consultas foram realizadas na Unidade de Emergência, e 64% do total de consultas realizadas nesse local, somando-se homens e mulheres, foram constituídas pela faixa etária entre 15-59 anos.

Se relacionarmos os achados desse estudo com os transtornos somatoformes classificados no CID-10, obteremos a seguinte divisão: F45.0 Transtorno de somatização, F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado, F45.2 Transtorno hipocondríaco, F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme, F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente, F45.8 Outros transtornos somatoformes, F45.9 Transtorno somatoforme não especificado. De acordo com os dados encontrados nessa pesquisa, a porcentagem de portadores de F45.0 Transtorno de somatização constitui-se a maioria, da mesma forma que em um estudo realizado por Campayo e Carrillo (2000), com 72% de sua amostra com F45.0 Transtorno de somatização.

Os indivíduos portadores desse transtorno, de acordo com o presente estudo, apresentam como local de primeiro atendimento a Psiquiatria e a Ginecologia. Na Alemanha, no tratamento ginecológico está sendo realizado um programa de atendimento com a interação de um ginecologista e um especialista em psicossomática com a idéia de proporcionar um tratamento melhor e mais eficaz para às mulheres. (NEUHAUS; SONNTAG; KOHLE; BOLTE, 1995).

Um dos fatores estressores para o desencadeamento do Transtorno de Somatização pode ser uma doença física grave, tanto em um membro da família como no próprio indivíduo. Segundo Conte (2004), as mulheres portadoras de câncer de mama sofrem muito já que as mamas constituem uma característica

feminina marcante, símbolo de maternidade. Quando uma mulher recebe esse diagnóstico, sente-se inferior, feia, com a idéia muitas vezes de que deixou de ser mulher, o que acarreta um grande sofrimento psíquico.

Nesse momento seus familiares tentam não falar sobre a doença com ela na tentativa de amenizar seu sofrimento; porém, se essa mulher não puder falar de seu sofrimento, essa dor poderá prejudicar seu tratamento, colaborando para que outros sintomas físicos possam surgir. Além disso, os familiares também sofrem vendo o sofrimento dessa mulher, eles também precisam deixar que seus sentimentos em relação a essa doença venham à tona, ou isso poderá colaborar para o surgimento de sintomas físicos.

De acordo os dados obtidos nesse estudo, a porcentagem de portadores do Transtorno de Somatização apresenta-se maior no sexo feminino. Segundo alguns estudos as mulheres procuram mais por assistência médica, além disso, são mais vulneráveis a esse tipo de patologia devido às mudanças hormonais e a fatores econômicos (COUTINHO; ALMEIDA; MARI, 1999).

As variações hormonais pelas quais as mulheres passam durante sua vida tais como menarca, gravidez e, principalmente, a menopausa (quando a função reprodutiva da mulher se finda), contribuem para vários tipos de sentimento nelas. Na menopausa, alguns tipos de pensamento como inferioridade podem gerar o aparecimento de transtornos psíquicos como, por exemplo, o Transtorno de Somatização (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006).

O fator econômico está relatado em alguns estudos como os de Ludermir (2000), o qual demonstra que o trabalho remunerado contribui para uma boa saúde mental; diante disso, a mulher casada e desempregada, vista como dona de casa,

está sujeito ao isolamento social, à monotonia, ao estresse e à fadiga; fatores que podem contribuir para o aparecimento de doenças psíquicas (ROSENFELD, 2006).

Segundo *slides* apresentados no I Congresso de Transtornos Somatoformes, realizado em Marburg, na Alemanha, o Transtorno de Somatização não aparece sozinho em um indivíduo, existe uma segunda ou mais patologias ligadas a ele. Então, de acordo com esses dados apresentados, se um indivíduo possui um sintoma somatoforme, ele tem entre 68 a 75% de chance de ter comorbidades.

No presente estudo, de acordo com os gráficos, observou-se que 87% da amostra possuem cor de pele branca; 57% têm 1º grau incompleto; 70% são católicos e aproximadamente 57% são casados ou amasiados, além disso, 32% da amostra convivem diariamente no mínimo com uma pessoa. Comparando esses dados com estudos já realizados, existe um estudo feito em cinco unidades de Saúde da Família do município de Petrópolis (RJ) em um período de cinco meses. Esse trabalho conta com 714 entrevistados, pacientes portadores de transtornos mentais comuns (TMC) ou menores, que são constituídos por quadros depressivos leves, cujos sintomas regredem sem o auxílio de medicamentos.

Os sintomas relacionados a esse quadro são irritabilidade, preocupações genéricas e sintomas somáticos. De acordo com os dados desse estudo, a população é constituída na sua maioria por cor de pele branca (52,1%), com primeiro grau de escolaridade incompleto (77,3%), com 57,6% de religião católica e (60,8%) casada (FORTES; LOPES; VILLANO, 2004).

De acordo com o presente estudo, a maior parte dos sujeitos da pesquisa possui filhos. Considerando que a maioria desses sujeitos são casados ou amasiados, tanto a parcela de mulheres quanto a de homens possui filhos.

Na literatura foi encontrado outro estudo realizado em Feira de Santana, na Bahia, com a participação de 2.055 mulheres, maiores de 15 anos, para avaliar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e descrever fatores associados à sua ocorrência, enfocando o trabalho doméstico. Nesse estudo uma característica dessa população de mulheres é que cerca de 1/3 delas não tinham filhos, discordando dessa forma com os dados encontrados no presente estudo, que quase 1/2 dos indivíduos não possui filhos (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

De acordo com várias pesquisas realizadas em instituições de saúde no Brasil, a demanda de pacientes com queixas somáticas sem uma base orgânica identificável é freqüente nos serviços de atendimento básico à saúde e principalmente nos de pronto-atendimento. É no Pronto-Atendimento, que os indivíduos buscam as soluções para seus sintomas físicos de forma rápida, eles não buscam um tratamento contínuo ao longo de sua vida, comparecem às instituições de saúde apenas quando o sintoma de determinada patologia os incomoda, ou seja, atrapalha o seu desempenho em atividades diárias e em seu trabalho. (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

Isso contribui para que o número de atendimentos em Unidades de Emergência, no setor terciário de atendimento Hospitalar, seja maior do que o número de atendimentos entre os outros setores como nos Ambulatórios e as Internações.

O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - contemplando o HC-Campus e a Unidade de Emergência - possui 850 leitos e 4.600 funcionários; nele são realizadas em média 50.000 consultas e 3.000 internações/mês.

Porém o número de atendimentos não parece suficiente, existe demanda reprimida em várias especialidades.

Esse fato decorre, muitas vezes, devido aos pacientes de casos simples que vão para lá, e de certo modo ocupam leitos que poderiam ser destinados a pacientes de alta complexidade, aqueles que realmente dependem do HC.

O número de pacientes internados no Hospital das Clínicas não residentes em Ribeirão Preto já supera o total de atendimentos a moradores da cidade.

Em 2004 o HC-Campus e a Unidade de Emergência internaram 31.699 pacientes dos quais apenas 14.994 (47%) eram moradores locais. Entre os pacientes “importados” a maioria é da microrregião, ou seja, dos 24 municípios que pertencem à Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DIR-XVIII).

De acordo com o Conselho Gestor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, essas cidades da microrregião enviaram ao HC 9.566 pacientes, com destaque para Sertãozinho (681), Batatais (447), Jardinópolis (411), Jaboticabal (366), Cravinhos (343), Brodowski (299), Serrana (298), Pontal (268) e Santa Rosa de Viterbo (258).

De outras regiões do Estado de São Paulo chegaram ao HC 5.233 pacientes, com destaque para as áreas (DIR's) de Franca, (1.825), Araraquara (1.233), Barretos (770) e São João da Boa Vista (563). Até da capital, São Paulo, o HC recebeu pacientes (23).

Com relação a outros estados o Hospital das Clínicas internou 1.906 pacientes, a grande maioria de Minas Gerais (1.498), seguida do Paraná (52), Mato Grosso do Sul (50), Goiás (48) e Bahia (29). Também passaram por ele



pacientes de estados distantes, como Acre (6), Amazonas (16), Rondônia (20), Roraima (1) e Tocantins (16) (TORNATORE, 2006).

A demanda de outras cidades para o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto é decorrente, muitas vezes, da falta de infra-estrutura na área de saúde das cidades vizinhas onde os serviços de saúde não têm material humano, e de cuidados para atender o município de forma adequada conforme suas necessidades; esse tipo de notícias é visto em jornais regionais quase diariamente.

Além das dificuldades apontadas para a obtenção de dados desse estudo, (letras ilegíveis, falta de dados em prontuários e a não unificação da terminologia), outros fatores limitaram a coleta de dados. Durante a busca no banco de dados do HC , com o termo F 45 surgiram muitos prontuários, porém na busca somente por prontuários no Ambulatório de Psicossomática, havia apenas 2,5% dos mesmos. Qual será a melhor explicação para esse fato? Será que foi devido à falta de informações contidas nos prontuários? Será que faltam vagas para esses prontuários se serem encaminhados para o Ambulatório de Psicossomática?

Sendo esse estudo realizado somente com os dados dos prontuários, podem ter ocorrido alguns erros na coleta ou na quantidade de prontuários e diagnósticos, já que ocorre nos prontuários a falta de dados importantes para o tratamento do indivíduo.

Esse trabalho não busca esgotar o tema estudado. É importante que outros estudos referentes a esse tema sejam realizados, por exemplo entrevistas com pacientes com o diagnóstico médico, relacionado ao Transtorno de Somatização.

## 6. Considerações finais

A partir dos dados obtidos neste estudo, pode-se concluir que o ser humano desde a época de Hipócrates, possui a noção de que o indivíduo é constituído por corpo e alma. Ao longo da história humana, muitos termos foram utilizados para designar tipos de doenças, alguns permaneceram, mesmo com novas descobertas científicas e outras terminologias, como por exemplo, alexitimia. Ao estudar psicossomática, percebe-se que houve períodos em que esse tema foi muito analisado, até a terminologia modificada, porém em alguns anos ficou esquecido pelos pesquisadores. Entre os profissionais da área da saúde existem indivíduos que acreditam na existência da medicina psicossomática, considerando-a uma especialização do mesmo modo que neonatologia, psiquiatria, enfermagem do trabalho entre outras mais. Alguns indivíduos criaram cursos de especialização em psicossomática formando especialistas; muitos desses cursos estão espalhados pelo Brasil, Estados Unidos e Europa. Mas existem várias terminologias para designar o mesmo tipo de doença, e uma terminologia com significado de várias patologias, o que parece dificultar o consenso entre os profissionais da área de saúde, prejudicando o diagnóstico e o andamento da maioria dos tratamentos curativos. Devido a isso, uma das dificuldades encontradas na busca dos dados do presente estudo consiste na falta de diagnósticos relatados nos prontuários médicos.

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10), cuja organização é oficial traz o termo “Transtorno de Somatização” para designar o que muitos profissionais da área da saúde denominam de Doença Psicossomática,

colaborando para que esses profissionais tenham uma linguagem em comum; para isso ocorrer os profissionais da saúde precisam usar a terminologia dessa classificação.

O presente estudo foi realizado em hospital de grande porte, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, no período de 1996 a 2004; foram encontrados 136 (100%) prontuários cujo diagnóstico é denominado Transtorno Psicossomático. Nessa amostra podem ser caracterizados os portadores de Transtorno Psicossomático, nomenclatura que durante esse trabalho foi modificada para Transtorno de Somatização, de acordo com o CID-10, de forma a englobar os indivíduos cuja patologia refere-se a sintomas físicos influenciados por sintomas psíquicos.

Os dados encontrados caracterizam a população de indivíduos portadores de Transtorno de Somatização como pessoas de poder aquisitivo baixo devido à singular maioria dos indivíduos possuir baixo nível de escolaridade e porque essa população é atendida no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (hospital público). A maior parte dos indivíduos tem filhos e são do sexo feminino devido ao fato que as mulheres procuram mais vezes serviços de saúde do que os homens, pois muitos homens quando vão a um hospital é porque se apresentam doentes, algumas vezes impossibilitados até de andar, já que, a maior parte deles sustenta a família e procura tratamento médico somente quando não consegue trabalhar.

Além disso, a faixa etária mais encontrada durante o estudo foi entre 43 a 53 anos, período em que muitas mulheres estão iniciando a menopausa, momento em que algumas desenvolvem transtornos psíquicos devido a fatores hormonais e mesmo econômicos, pois muitas mulheres dessa faixa etária encontram-se

desempregadas tornando-se dona-de-casa (do lar), fato que contribui para a perda de autonomia financeira diante do marido e diminuição de auto-estima. Para finalizar é importante lembrar que os portadores de Transtorno de Somatização procuram atendimento médico em postos de saúde e muitas vezes nos pronto-socorros, o que acarreta mais gastos ao Sistema de Saúde e gera demanda reprimida de atendimento. Se essa população tivesse um tratamento adequado às suas necessidades, as filas de espera poderiam diminuir e esses indivíduos melhorariam suas condições de saúde.

## 7. Referências Bibliográficas

AGNOLIN, Adone. Antropofagia ritual e identidade cultural entre os Tupinambá. **Revista de Antropologia**. São Paulo, v. 45, n. 1, 2002. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-77012002000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012002000100005&lng=en&nrm=iso)>. Access on: 29 Jan 2007.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica.**, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.

ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S. ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico **Revista brasileira de saúde materno-infantil**. v. 5, n. 3, p.337-348, jul.-set. 2005

CAMPAYO, J. G.; CARRILLO, S. C. Unidad de trastornos somatomorfos: el modelo Zaragoza. In: I Congreso Virtual de Psiquiatria, 01 de fevereiro a 15 de março de 2000; Conferencia 49-CI-C: Disponível em: <[http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49\\_ci\\_c.htm](http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa49/conferencias/49_ci_c.htm)>' Acesso em: Acesso em: 06 nov. 2006.

CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p 39-43, jan./abr. 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). Disponível em: <[http://www.cremesp.org.br/manual/etica\\_gineco\\_obst/etica\\_gineco\\_obstetr\\_capitulo\\_6.htm](http://www.cremesp.org.br/manual/etica_gineco_obst/etica_gineco_obstetr_capitulo_6.htm)> Acesso em: 09 novembro 2006.

CONTE, B. Psicanálise no câncer de mama *Ciência e Profissão* Diálogos nº 01 Abril, 2004. Disponível em:<<http://www.pol.org.br/publicacoes/pdf/dialogos53-55.pdf>> Acesso em: 14 set. 2006.

COUTINHO E. S. F.; ALMEIDA, F. N. A.; MARI, J. J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Revista de Psiquiatria Clínica.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 246-56, set./out. 1999.

DALLY, P.; HARRINGTON, H. **Psicologia e psiquiatria na enfermagem: dor e distúrbios psicossomáticos**. São Paulo: Edusp, 1978.

DAMASIO, A. **Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DE GUCHT, V.; FISCHLER, B. Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. **Psychosomatics**, v. 43, p. 1-9, Feb. 2002.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: ciência e profissão**. Dez. 2000, v.20, n.4, p.64-79 Disponível em: <[http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso](http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 24 out. 2006.

EASTWOOD, M. R. Epidemiological studies in psychosomatic Medicine. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 6, n. 1-2, p. 125-52, 1975.

ÉPINAY, M. L. **GRODDECK. A doença como linguagem**. Tradução Graciema P.T. Campinas: Papirt, p. 21-39, 1988.

FAZZI, A. e col. Lombalgias e lombalciatalgias: abordagem psicossomática. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo*. v. 46, n. 5. p. 240-242, set/out, 1991.

FORTES, S.; LOPES, C. S.; VILLANO L. A. Fatores sócio-demográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa de saúde da família: resultados do estudo de Petrópolis – RJ. *Faculdades Ciências Medicas/UERJ, Instituto de Medicina Social/UERJ*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a15v19n6.pdf>> Acesso em: 18 ago. 2006.

FRANZ, A. **Medicina psicossomática: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

GASPARINI, A. C. L. F. Psicossomática, trabalho e empresa. **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 112-8, 1992.

GIANNOTTI, A. Inserção da psicossomática na prática em saúde pública. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 8, n. 1, p. 9-13, jan./fev. 1998. (supl. A).

KAPLAN, I.H.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Fatores psicológicos que afetam as condições físicas – transtornos psicossomáticos. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 1100p. Cap. 27.

LAZZARO, C. S.; ÁVILA, L. A. Somatização na prática médica. **Arquivo de Ciências em Saúde**, São José do Rio Preto, v. 11, n. 2, p. 105-8, 2004.

LEWIS, M.E.; HOWARD, R. **Fenômenos psicossomáticos: ate que ponto as emoções podem afetar a saúde**. Tradução de Stella Alves de Souza. 4<sup>o</sup> edição. Rio de Janeiro, Jose Olympio, 1993. 318p. Cap. 5

LUDERMIR, A. B. Inserção produtiva, gênero e saúde mental **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p 647-659, julho/set. 2000.

MCDOUGALL, J. **Teatro do corpo**: o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 33-52.

NEUHAUS, W.; SONNTAG, B.; KOHLE, K.; BOLTE, A. An consultation concept for integrating psychosomatic medicine in gynecology. **Geburtshilfe Frauenheilkd**, v. 55, n. 6, p. 319- 22, June 1995.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - ESCRITÓRIO DE REPRESENTAÇÃO NO BRASIL. **A saúde no Brasil** Brasília, novembro de 1998.

PINHEIRO, R. **Medicina psicossomática**: uma abordagem clínica. São Paulo: Fundação BYK, 1992. p. 23-54.

RIBEIRO, M. M. P. O coração simbólico. In: JORNADA DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO, 27, 07 de agosto de 2004 . Ribeirão Preto, 2004.

ROBAZZI, M. L. do C. C et al. Considerações sobre os aspectos psicossomáticos da assistência do paciente. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 25-28, jan./mar. 1986.

ROCHA, F. J. B. A psicanálise e os pacientes somatizantes: introdução às idéias de Joyce McDougall. **Revista Brasileira de Psicanálise**. São Paulo. v. 22, n.1, p. 27-41. 1988.

RODRIGUES,A.L; RODRIGUES, D.M. Introdução à história da medicina psicossomática . **Revista Brasileira de Pesquisa em Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 79-85, 1981.

ROSENFELD, S. Gender stratification, stress, and mental illness. Capítulo 10. Disponível em: <<http://www.mhsp.org/pdfs/rosenfield.pdf>> Acesso em: 05 set. 2006.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.5, p. 538-42, 1997.

SIVADON, P.; FERNANDEZ, A. **Corpo e terapêutica**: uma psicopatologia do corpo. Campinas: Papyrus, 1988. 284 p.

SIFNEOS, P. Alexithymia: Past and Present. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 153, n. 7, p. 137-43, 1996.

Slides do **I Congresso de Transtornos Somatoformes**. Marburg, Alemanha. Acesso em: 14 out. 2006. Disponível em: <<http://www.google.com/search?q=cache:Z3HB4nY5plwJ:www.sbmfc.org.br/site/not/download/Transtornos%2520somatoformes.pps+marburg+alemanha+congresso+transtorno+somatoforme&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=1>>

TAYLOR, C. M . **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**: indivíduos com transtornos psicofisiológicos. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TORNATORE, N. Conselho Gestor do HC quer pactuação regional. Criado em Ribeirão Preto, 30 out. 2006. Disponível em: <[http://www.jornalacidade.com.br/geral/ver\\_news.php?pid=27&nid=1983](http://www.jornalacidade.com.br/geral/ver_news.php?pid=27&nid=1983)> Acesso em: 06 nov. 2006.

WRONGDIAGNOSIS. Hospital statistics for stress. Disponível em: <<http://www.wrongdiagnosis.com/s/stress/hospital.htm>> Acesso em: 22 set. 2006.



## Apêndice

### Apêndice 1

#### - F 45.0 – Transtorno de somatização:

Transtorno caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo ao menos por dois anos. A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirúrgicas exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas. Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crônico e flutuante, e freqüentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar. Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1).

Transtorno psicossomático múltiplo

#### - F45.1 - 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, o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado deve ser considerado.

Transtorno psicossomático indiferenciado

#### - F45.2 - Transtorno hipocondríaco:

A característica essencial deste transtorno é uma preocupação persistente com a presença eventual de um ou de 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. A atenção do sujeito se concentra em geral em um ou dois órgãos ou sistemas. Existem freqüentemente depressão e ansiedade importantes, e que podem justificar um diagnóstico suplementar.

Dismorfofobia (corporal) (não-delirante)

Hipocondria

Neurose hipocondríaca

Nosofobia

#### - F45.3 - Transtorno neurovegetativo somatoforme:

O paciente atribui seus sintomas a um transtorno somático de um sistema ou de órgão inervado e controlado, em grande parte ou inteiramente, pelo sistema neurovegetativo: sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e

urogenital. Os sintomas são habitualmente de dois tipos, sendo que nenhum dos dois indica transtorno somático do órgão ou do sistema referido. O primeiro tipo consiste em queixas a respeito de um hiperfuncionamento neurovegetativo, por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como em expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física. O segundo tipo consiste em queixas subjetivas inespecíficas e variáveis, por exemplo dores e sofrimentos, e sensações de queimação, peso, aperto e inchaço ou distensão, atribuídos pelo paciente a um órgão ou sistema específico.

Astenia neurocirculatória

Forma psicogênicas (de um) (de uma)

- . aerofagia
- . cólon irritável
- . diarreia
- . dispepsia
- . disúria
- . flatulência
- . hiperventilação
- . piloroespasmo
- . polaciúria
- . soluço
- . tosse

Neurose:

- . cardíaca
- . gástrica

Síndrome de Da Costa

-F45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente:

A queixa predominante é uma dor persistente, intensa e angustiante, dor esta não explicável inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico, e ocorrendo 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 quer pessoal, quer médica. Uma dor considerada como psicogênica, mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia, não deve ser aqui classificada.

Cefaléia psicogênica

Dor(es):

- . psicogênicas da coluna vertebral
- . somatoforme

Psicalgia

Exclui: cefaléias tensionais

dor:

- . SOE (sem outra especificidade)
- . aguda
- . crônica
- . irreduzível

. lombar SOE

- F45.8 - Outros transtornos somatoformes:

Todos os outros transtornos das sensações, das funções e do comportamento, não devidos a um transtorno físico, que não estão sob a influência do sistema neurovegetativo, que ocorrem em relação temporal estreita com eventos ou problemas estressantes.

Disfagia psicogênica, incluindo "bolo histérico"

Dismenorréia psicogênica

Prurido psicogênico

Ranger de dentes

Torcicolo psicogênico

-F45.9 - Transtorno somatoforme não especificado:

Transtorno psicossomático SOE

## Apêndice 2

<b>Título do Projeto de Pesquisa: A psicossomática, o adulto e o idoso: Caracterização de demanda</b> <b>Aluna: Enfa. Vanessa Alves Martins</b> <b>Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão</b>	
1. Data da Coleta de Dados	□□/□□/□□
2. Data de Nascimento	□□/□□/□□
3. Procedência	<input type="checkbox"/> Ribeirão Preto – SP. <input type="checkbox"/> Região – SP. <input type="checkbox"/> Outros Estados
4. Naturalidade	<input type="checkbox"/> Ribeirão Preto – SP. <input type="checkbox"/> Região – SP. <input type="checkbox"/> Outros Estados
5. Sexo 1. Masc. 2. Fem	<input type="checkbox"/>
6. Cor	_____
7. Estado Civil	solteiro <input type="checkbox"/> casado/amasiado <input type="checkbox"/> separado/divorciado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> desquitado <input type="checkbox"/>
8. Nº de Filhos	□□
9. Escolaridade	_____
10. Profissão/ocupação	_____
11. Acompanhante de moradia	_____
12. Fator Estressor	_____
13. Diagnósticos 1)F45.0; 2)F45.1; 3)F45.2; 4)F45.3; 5)F45.4; 6)F45.8; 7)F45.9	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Religião	<input type="checkbox"/> Católico  <input type="checkbox"/> Protestante

	<input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Ateu
15. Local de Atendimento	_____
16. Tipo de Atendimento	<input type="checkbox"/> Unidade de Emergência = - <input type="checkbox"/> Ambulatórios = - <input type="checkbox"/> Internações = -