



A Interação Biopsicossocial no Processo de Somatização: Interface com a Saúde Pública

Luzineide de Sousa dos Santos Vieira¹; Moema Alves Macêdo²

Resumo: O presente trabalho investigou a relação que se estabelece entre o somático, o emocional e o social no processo de somatização, no contexto da saúde pública, mediante uma pesquisa bibliográfica, utilizando como referencial teórico básico os atuais estudos da Psicossomática. Em pauta: o conceito de somatização e suas controvérsias; os padrões explicativos; os mecanismos de formação de sintomas somáticos e os fatores de risco da somatização, com ênfase naqueles relacionados ao sistema de saúde. A somatização pressupõe uma relação recíproca e concomitante, de caráter multicausal, multidimensional e integral entre os aspectos biopsicossociais, sendo o conflito, a tensão e os padrões explicativos do paciente, fatores fundamentais nesse contexto. Admitindo como objeto de atenção somente os aspectos orgânicos, profissionais de saúde favorecem à cronicidade desse problema, comprometendo a vida funcional do paciente. Este trabalho sistematiza pressupostos, acrescenta novas reflexões e sinaliza à construção de práticas mais adequadas no cuidado aos pacientes somatizadores no contexto da saúde pública.

Palavras-chave: somatização, padrões explicativos, aspectos biopsicossociais, sintomatologia somática, saúde pública.

Biopsychosocial Interaction in the Somatization Process: Interface with Public Health

Abstract: The present work investigated the relationship between somatic, emotional and social in the process of somatization, in the context of public health, through a bibliographical research, using as basic theoretical reference the current studies of Psychosomatics. On the agenda: the concept of somatization and its controversies; explanatory patterns; somatic symptom formation mechanisms and risk factors of somatization, with emphasis on those related to the health system. Somatization presupposes a reciprocal and concomitant relationship, with a multicausal, multidimensional and integral character between the biopsychosocial aspects, being the conflict, the tension and the explanatory patterns of the patient, fundamental factors in this context. Admitting as object of attention only the organic aspects, health professionals favor the chronicity of this problem, compromising the functional life of the patient. This work systematizes assumptions, adds new reflections and signals the construction of more adequate practices in the care of somatizing patients in the context of public health.

Keywords: somatization, explanatory patterns, biopsychosocial aspects, somatic symptomatology, public health.

¹ Especialista em Saúde Mental (UNILEÃO), em Docência do Ensino Superior (UNILEÃO), em Ensino de Língua Portuguesa e Arte-Educação (URCA). Graduada em Psicologia (UNILEÃO) e em Letras (UVA). Professora efetiva da Secretaria de Educação do Estado do Ceará (SEDUC-CREDE19) e Psicóloga Clínica. luzineided@yahoo.com.br;

² Mestra em Ensino na saúde (UFAL), Graduada em Psicologia (UFPE), Docente do curso de Psicologia da UNILEÃO, Psicóloga efetiva da Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte, CE.

Introdução

A relação que se estabelece entre os processos biológicos, emocionais e sociais na produção de sintomatologia somática constitui-se num importante alvo das discussões que permeiam as produções científicas, sobretudo na atual fase da Psicossomática. Este artigo configura-se como um estudo teórico que investiga a relação que se estabelece entre os fatores biopsicossociais e suas possíveis implicações no desenvolvimento da somatização, com ênfase no contexto da saúde pública.

A temática aqui proposta surgiu da premente necessidade de ampliar a compreensão concernente ao processo de somatização, sobretudo no que diz respeito à interação entre os fatores psicossociais e orgânicos na produção de sintomatologia somática, visto que muitos profissionais de saúde nem sempre se encontram habilitados a lidar com essa demanda. Isso demonstra a relevância da discussão aqui apresentada, que tem a pretensão de contribuir com as investigações já existentes sobre essa temática, possibilitando a acadêmicos e ao mundo científico sistematizar e sintetizar conhecimentos acumulados sobre o objeto de estudo em questão, bem como acessar informações adicionais para o estudo do fenômeno somatização. Além disso, possivelmente contribuirá com o estabelecimento de um diálogo interdisciplinar entre os profissionais que atuam no campo da saúde pública, no sentido de compreender melhor a demanda dos pacientes somatizadores e construir práticas interventivas mais pertinentes. Para isso, efetivou-se uma pesquisa bibliográfica, cujas técnicas foram embasadas na obra de Lima e Miotto (2007). O presente trabalho tem como referencial básico, estudos da Fase Atual ou Interdisciplinar da Psicossomática cujas publicações estão situadas entre os anos de 2000 a 2017.

Inicialmente, procedeu-se a uma leitura de reconhecimento do material bibliográfico, objetivando perceber o grau de aproximação entre as obras consultadas e o objeto de estudo deste trabalho. Subsequentemente, fez-se uma leitura exploratória, buscando selecionar o que poderia contribuir para a compreensão do objeto de estudo em questão. Em seguida, foi realizada uma leitura seletiva, no intuito de fazer um levantamento de informações e conceitos relevantes para os propósitos de investigação aqui explicitados. Paralelamente, fez-se um fichamento desses dados, procurando relacioná-los ao objeto de estudo da presente pesquisa, descartando os dados não relevantes ou secundários.

A análise dos dados bibliográficos efetivou-se mediante uma leitura reflexiva e interpretativa, partindo do pressuposto, já defendido por Lima e Miotto (2007), de que o conhecimento pressupõe reflexão crítica para gerar a síntese e o concreto pensado.

Esta etapa da pesquisa deu origem às seguintes categorias de análise, que correspondem às seções deste artigo: “O *Locus* do Objeto de Estudo e as Concepções acerca do Conceito de Somatização”; “Padrões Explicativos”; “A Formação de Sintomas no Sujeito Biopsicossocial” e “Os Fatores de Risco da Somatização: Interface com os Serviços de Saúde”.

Na primeira parte, ao situar o objeto de estudo e discorrer sobre o atual conceito de somatização, este trabalho evidencia também as controvérsias que cercam as concepções referentes a esse conceito. Subsequentemente, destaca os padrões explicativos, apontando sua relevância em relação ao modo como o paciente vivencia os sintomas somáticos; discute os mecanismos de formação de sintomas, enfatizando a interação que se dá entre os fenômenos biopsicossociais, e destaca a importância do conflito e da tensão psicológica nesse processo. Além disso, este artigo discorre sobre os fatores de risco relacionados ao processo de somatização, enfatizando a relação que se estabelece entre esses fatores e o sistema de saúde. Considera, finalmente, que o paciente somatizador, por sua própria natureza, requer um olhar que compreenda sua sintomatologia a partir de uma perspectiva de multicausalidade, multidimensionalidade e integralidade, apontando, pois, para a necessidade da atuação interdisciplinar junto a esse paciente.

O *Locus* do Objeto de Estudo e as Concepções acerca do Conceito de Somatização

A somatização constitui-se não como o único, mas como um dos objetos de estudo da Psicossomática, pois as concepções atuais definem essa área de conhecimento como o campo de estudo que tem como objeto os mecanismos de integração entre as dimensões mental, corporal e social, ou seja, trata da integração biopsicossocial (RIEHELMANN, 2009). Nessa perspectiva, Rodrigues, Campos e Pardini (2010) afirmam que a Psicossomática diz respeito ao:

[...] estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e transtornos de funções orgânicas ou corporais. Consiste em um ramo do conhecimento que estuda e trata de questões humanas, ou seja, promoções de saúde que pertencem, num só tempo, ao orgânico, ao psíquico e ao social (RODRIGUES, CAMPOS; PARDINI, 2010, p. 131).

A evolução da concepção desse campo deu-se em três fases: a inicial, ou psicanalítica, marcada pelos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, sobre as teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer; a intermediária, ou behaviorista, fase em que predominou o estímulo à pesquisa em homens e animais, buscando enquadrar os achados aos parâmetros das ciências exatas, e dando um grande estímulo aos estudos sobre o estresse; a atual ou interdisciplinar, em que se põe em destaque a importância do social e da interdisciplinaridade (MELLO-FILHO, 2010).

A origem do termo somatização, segundo Fortes, Tófoli e Baptista (2010), remonta à primeira metade do século passado. Como atestam esses autores, o mencionado termo foi cunhado por Stekel e “[...] tem sido usado de forma muito variada e imprecisa, um dos principais motivos de existirem tantas formas diferentes de entender esse processo” (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 546).

Em determinados momentos históricos, verifica-se certa ausência de delimitação entre os conceitos de somatização e doenças psicossomáticas, já que estas eram associadas a sintomas físicos cuja gênese estaria nos fatores emocionais, coincidindo, assim, com a ideia que se tinha de somatização. Como afirmam Fortes, Tófoli e Baptista (2010, p. 547) “a somatização foi, originalmente, e para muitos ainda o é, considerada um mecanismo de interferência da mente sobre o corpo [...]”. Desse modo, os conceitos de “somatização” e “doenças psicossomáticas” se confundiam.

Os atuais estudos concernentes aos fenômenos psicossomáticos, segundo Fortes, Tófoli e Baptista (2010), construíram um novo modelo de compreensão do processo saúde-doença-cuidado, superando as teorias etiológicas lineares, unicasais e cartesianas. Dessa forma, contribuíram para a redefinição do conceito de “doenças psicossomáticas” e, conseqüentemente, do conceito de “somatização”. De acordo com esse novo modelo:

[...] o conceito de doenças psicossomáticas (no sentido daquelas onde haveria um componente emocional na determinação da doença) é superado. [...] todas as doenças, em maior ou menor grau, são também determinadas pelos aspectos psicológicos e sociais envolvidos na sua evolução (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 547).

Desse modo, os mencionados autores entendem que toda doença é psicossomática. Essa visão contribuiu para que se instalassem os modelos multicausais e integrais, que imperam na fase atual dos estudos psicossomáticos. A partir dessa mudança de modelo, “[...] o termo somatização perde seu caráter genérico de ‘influência da mente sobre o corpo’, e adquire uma

especificidade. Passamos então a falar de sintomas físicos onde não se verificam mecanismos anatomopatológicos que os justifiquem adequadamente” (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 547), também chamados de “sintomas sem explicação médica (SEM)”. Entretanto, é importante pontuar que esse atual conceito de somatização causa controvérsias:

‘Sintomas médicos inexplicáveis’ talvez seja o nome da moda para somatização [...], mas esse conceito serviria como um diagnóstico de exclusão, pois pressupõe que nenhum médico conseguiria explicá-lo, o que não corresponde à realidade, já que a prática psiquiátrica é repleta de sintomas perfeitamente explicáveis devido ao sofrimento emocional (COELHO; ÁVILA, 2007, p. 281).

Parafraçando Mello-Filho (2002), compactua-se com a ideia de que essa definição reflete a dificuldade do modelo biomédico em transitar entre o somático e o psíquico, buscando dar conta apenas dos aspectos anatomopatológicos, descartando do processo saúde-doença-cuidado os aspectos psíquicos e sociais, que interagem contínua e simultaneamente com o corpo.

Considere-se também que a expressão “sem explicação médica”(SEM) pode significar um exame mal feito, uma inadequada relação entre médico e paciente, ou, ainda, formas patológicas cuja evolução científica ainda não permitiu conhecê-las adequadamente (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010). Desse modo, entende-se que o conceito de somatização que tem como núcleo central “sintomas sem explicação médica” apenas nega a existência de alterações anatômicas que justifiquem adequadamente os sintomas apresentados, mas não põe em foco os aspectos psíquicos e sociais implicados no processo. Com a ratificação dos autores mencionados anteriormente (*idem*), considera-se que as representações e os significados que o paciente atribui a sua sintomatologia somática, bem como suas implicações nos aspectos funcionais e sociais deveriam ser reconhecidos como núcleo central do conceito de somatização.

Nesse sentido, a somatização seria entendida como uma forma de *illness*, ou seja, como “[...] experiência subjetiva da doença e suas repercussões nas relações sociais” (*ibidem*, p. 548). Trata-se, pois, do sentir-se doente, do acreditar estar doente, aderindo excessivamente ao papel de doente, valorizando as sensações somáticas anormais e manifestando excessiva preocupação com queixas físicas.

Desse modo, os supracitados autores afirmam textualmente:

Consideramos que o núcleo central do conceito de somatização enquanto fenômeno patológico não está relacionado apenas à presença de sintomas físicos medicamente inexplicáveis, mas no [ao] padrão explicativo que esses pacientes apresentam para estes sintomas e que se relaciona a um padrão de busca de atendimento médico para essas queixas, podendo, ou não, evoluir para um comportamento anormal de doente (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 550).

A partir disso, entende-se que a ausência de alterações anatomopatológicas consiste numa evidência clínica importante para o diagnóstico diferencial da somatização, mas os demais aspectos inerentes a esse processo, tais como a excessiva preocupação com os sintomas físicos, a busca por cuidados médicos, o padrão de atribuição adotado pelo paciente, enfim, a sua experiência subjetiva frente às sensações somáticas são fatores fundamentais nesse contexto. Dessa forma, “[...] essas queixas somáticas [ditas] inexplicáveis estão muito mais relacionadas à forma como o paciente apresenta seu sofrimento para o profissional, do que se constituem como doença específica” (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 548). Assim, pode-se afirmar que o padrão explicativo que o paciente adota para apresentar seu sofrimento ao profissional é determinante na configuração do quadro de somatização, justificando-se a ênfase que o presente trabalho atribui a essa temática, no item abaixo.

Padrões Explicativos

Sintomas físicos desagradáveis e anatomopatologicamente não explicados são fenômenos que ocorrem com muita frequência na vida cotidiana das pessoas. Ao se deparar com essa sintomatologia, os sujeitos podem lhes atribuir diferentes sentidos, configurando-se, assim, diferentes formas de lidar com a situação. Segundo Fortes, Tófoli e Baptista (2010):

[...] as queixas somáticas sem substrato anatomopatológico (a pedra fundamental do moderno conceito de somatização) são universais, sendo muito frequentes em todas as pessoas. Estudos demonstram que a grande maioria das pessoas apresenta alguma queixa física anormal no prazo de uma semana (Kellner e Sheffield, 1973), mas em geral elas não procuram os médicos ou qualquer outro tipo de cuidado. A explicação que é construída para essa sensação somática anormal é fundamental na determinação da forma como esse indivíduo irá lidar com ela. Esse ‘padrão explicativo’, denominado Padrão de Atribuição [...] é fundamental na determinação de buscar, ou não, tratamento médico (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 547).

A partir dessa citação, compreende-se que “padrão explicativo” ou “padrão de atribuição” diz respeito ao tipo de explicação ou justificativa que a pessoa constrói para suas

sensações somáticas anormais. Diante de sensações físicas desagradáveis, como uma dor na região lombar, por exemplo, o sujeito pode elaborar diferentes explicações. Algumas pessoas podem interpretar essa dor como um sintoma não patológico, associando-a a um evento natural e corriqueiro, como o dormir de mau jeito. Outras pessoas podem atribuir a esse sintoma um fator psicológico, reconhecendo-o como resultado de tensões emocionais. Outras pessoas, ainda, podem interpretar essa mesma sensação como um sintoma de uma doença grave, assumindo, a partir daí, o papel de doente e partindo em busca de cuidado médico para a sua queixa somática (FORTES; BAPTISTA, 2004).

O modo como o paciente se posiciona frente a essas sensações somáticas, atribuindo-lhes um caráter normal e não patológico, conferindo-lhe uma causalidade psicológica ou, ainda, uma causa anatomopatológica, depende da subjetividade de cada pessoa e do seu contexto familiar, social e cultural, configurando-se, a partir daí, o seu padrão explicativo ou padrão de atribuição. A percepção do paciente e suas justificativas diante de queixas somáticas constituem-se em modelos explicativos estruturalmente construídos desde muito cedo, no seu contexto familiar, a partir de uma base cultural (FORTES; BAPTISTA, 2004).

Na mesma linha de pensamento, Fortes, Tófoli e Baptista (2010), afirmam que os padrões explicativos traduzem uma forma de representação do sofrimento emocional e se classificam em três categorias: normatizador, somatizador e psicologizador. Assim, o padrão normatizador situa a origem dos sintomas somáticos em algum fato da rotina normal. Nesse caso, os sintomas são considerados consequências naturais, e não patológicas, como “uma noite mal-dormida causando cansaço, comer na rua causando desconforto estomacal, o colchão causando dor nas costas” (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 547). O padrão somatizador, por sua vez, associa o sintoma físico a alterações orgânicas, e o quadro é considerado patológico pelo paciente. Esse tipo de paciente constrói explicações bem diferentes para os mesmos sintomas acima descritos: “[...] uma anemia para a astenia, uma infecção intestinal para a queixa dispéptica ou uma patologia de coluna para a dor lombar” (ibidem, p. 547). Por sua vez, o padrão psicologizador atribui aos sintomas somáticos explicações de origem psicológica. Nesse caso, o sintoma estaria diretamente ligado a sofrimento emocional. Sendo assim, a depressão poderia ser considerada a causa da sensação de cansaço, e a ansiedade, causa da dor de estômago ou dor lombar (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010). Descrevendo os pacientes psicologizadores e os somatizadores, os mencionados autores consideram:

- Pacientes psicologizadores: aqueles que apresentam queixas psicológicas na consulta, geralmente associadas a diagnóstico mais rápido do problema por parte dos profissionais.
- Pacientes somatizadores: aqueles que apresentam queixas somáticas nas consultas, para as quais não se verifica a presença de doenças físicas que as justifiquem adequadamente. [...] que incluem a fibromialgia, cólon irritável e fadiga crônica além de outras. Esses pacientes apresentam uma grande resistência a admitir uma correlação entre suas queixas e seu sofrimento psíquico e demonstram uma grande adesão ao papel de doente [...] (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 550).

Desse modo, compreende-se que o padrão de comunicação assumido pelo paciente determina a sua busca por cuidado, o grau de comprometimento funcional, o modo de experimentar, expressar e significar o seu sofrimento, influenciando também a sua relação com o sistema de saúde. Dependendo desses fatores, as sensações somáticas podem evoluir de uma forma mais simples, aguda, a uma forma crônica, mais grave, e com prejuízo significativo no funcionamento social e/ou ocupacional do sujeito.

A Formação de Sintomas no Sujeito Biopsicossocial

A atual fase da Psicossomática compreende o processo de adoecer como um fenômeno contextualizado, que aponta para a realidade e o modo de ser e existir de cada sujeito. Nessa perspectiva, a formação de sintomas, sobretudo nos casos de somatização, é compreendida sob o viés da multicausalidade e integralidade, levando em consideração o contexto biopsicossocial em que o sujeito está inserido. Rodrigues, Campos e Pardini (2010) apontam para a importância de visualizar o paciente em seu contexto, considerando que suas dificuldades em se ajustar às mudanças do ambiente interno e/ou externo, de modo que o adoecer não deve ser visto como um evento casual, mas como uma resposta do sujeito que é parte ativa de uma microestrutura familiar e de uma macroestrutura social e cultural.

Desse modo, compreende-se que o ser humano está inserido numa rede muito complexa de relações, que envolve processos de subjetivação constituídos a partir da confluência de múltiplos fatores, tais como os filosóficos, políticos, teológicos, biológicos, psicológicos e relacionais como um todo. As inúmeras interações do sujeito nesse contexto são perpassadas, naturalmente, pelo conflito. Este é entendido não como um fenômeno de origem e curso exclusivos da vida psíquica, como se ela fosse algo isolado das outras dimensões humanas; compreende-se que as demandas orgânicas, sociais e psíquicas estão em constante e recíproca

interação, de modo que, nesse processo, coexistem sentimentos antagônicos ou forças opostas tais como um determinado desejo e as prescrições morais que o coíbem. A esse respeito, Rodrigues, Campos e Pardini (2010) ressaltam que, quanto mais intoleráveis ou indesejáveis em função das interdições morais são os sentimentos e/ou desejos, tanto maior é o conflito e o estado de tensão dele decorrente. Entretanto, é possível ocorrer uma adequada canalização desses sentimentos e/ou desejos para outros objetos substitutivos, obtendo, assim, soluções conciliatórias ou de sublimação, conferindo, desse modo, um destino saudável ou mais adaptativo aos investimentos afetivos. Porém, quando esses mecanismos ou recursos psicológicos estão ausentes ou são insuficientes, estão postas as condições para o acirramento do conflito e da tensão psicológica resultantes.

Embora não faça uma clara distinção entre os conceitos “somatização” e “doença psicossomática”, é bastante significativo destacar as considerações de Galdi e Campos (2017). Esses autores fazem uma diferenciação entre a Escola francesa, ligada à perspectiva lacaniana, e a Escola Psicossomática de Chicago e autores franceses não lacanianos. Esta, relaciona a formação de sintomas psicossomáticos a conflitos inconscientes, que são simbolizados na doença, porém, de forma mais precária que na histeria. Por outro lado, a Escola francesa afirma que os sintomas psicossomáticos não se constituem em um deslocamento representacional, mas traduzem uma falha nos processos de simbolização. Os mesmos autores (idem) apontam como direção do tratamento, a definição de um sentido para o sintoma.

Estudos evidenciam elevada relação entre somatização e procura de cuidados médicos primários. Apontam também correlação entre somatização e traços de personalidade como a conscienciosidade, obsessão, sensibilidade, insegurança, ansiedade, alexitimia, baixa autoestima, vulnerabilidade ao estresse, hostilidade e supervalorização do tipo físico e da atividade (perfis atléticos). Indicam, ainda, o abuso sexual como um dos fatores de risco para o desenvolvimento de somatização, e a “necessidade de estar doente” como fator de manutenção do quadro somático (FERREIRA; MARTINS; MONTEIRO; PEREIRA, 2014).

Depreende-se disso que os mecanismos de formação de sintomas somáticos no sujeito biopsicossocial perpassam todo o seu contexto existencial, revelando, assim, o caráter multifatorial da causalidade do processo de adoecimento, já atestada por Bécache (2006). Embora não enfatize o aspecto recíproco das influências entre os diversos fatores implicados no surgimento dos sintomas, o mencionado autor explica, sinteticamente:

Os afetos podem, pois, pela tensão emocional crônica que trazem consigo, levar à produção de transtornos funcionais crônicos, e depois de lesão orgânica. Por outro lado, se a expressão motora ou verbal da agressividade ou da ansiedade é bloqueada, as descargas do sistema nervoso central são desviadas para o sistema vegetativo, trazendo desordens patológicas no funcionamento dos órgãos (BÉCACHE, 2006, p. 202).

Nessa perspectiva, entende-se que a tensão psíquica tende a escoar por via emocional ou somática. Sabe-se que as queixas físicas recebem maior reconhecimento, sendo mais legitimadas tanto no contexto social quanto familiar; as queixas psicológicas não gozam do mesmo grau de aceitação (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010). Assim, já que, ao apresentar queixas somáticas, o sujeito tenta a receber mais atenção, o comportamento somatizador passa a ser uma forte alternativa de comunicação do sofrimento e da reivindicação de cuidado.

Considera-se que os sintomas corporais apontam para conflitos psíquicos, que permeiam a existência humana e que são inerentes às relações que o homem estabelece com o meio social, cultural, espiritual e com suas instâncias psíquicas. Cada indivíduo, de acordo com as representações que faz dessa experiência conflitual e conforme seus repertórios biológico, social e cultural, apresenta um modo específico de lidar com esses conflitos, elaborando diferentes soluções para os mesmos. Esse modo particular de encarar a experiência conflitual determina o bem-estar ou o adoecer. O mesmo autor afirma que “é a partir dessa compreensão que podemos também entender as circunstâncias que culminam com a cristalização do sofrimento do sujeito em uma manifestação psíquica ou somática” (VOLICH, 2000, p. 65). Essas considerações pressupõem que, não obstante as nuances ou a volubilidade da experiência humana, o indivíduo tende a repetir certos modos de representar e lidar com os conflitos, podendo ou não sedimentar um estado patológico de sofrimento.

Contribuindo com essa discussão, Rodrigues, Campos e Pardini (2010) sinalizam que o conflito, a tensão e o estado emocional como um todo influenciam no surgimento de alterações fisiológicas, ao mesmo tempo em que são por elas influenciados. As alterações fisiológicas, por sua vez, podem resultar em tensões motoras e do sistema de irrigação, acarretando quebra da homeostase orgânica, desencadeando, possivelmente, sintomas somáticos. Dependendo da intensidade e da frequência desses processos, podem emergir patologias como as cardiopatias. Quanto à intensidade do conflito, da tensão e do estado emocional como um todo, está diretamente relacionada à constituição social e cultural do sujeito, e repercute na totalidade humana.

Entende-se, pois, que o mal-estar ou o adoecer percorrem o homem como um todo. Uma vez que uma vivência conflituosa é capaz de desencadear emoções no ser humano, que, por sua vez, podem provocar transtornos funcionais e culminar com alterações orgânicas (resguardado o caráter recíproco desse processo), não se pode falar de adoecimento humano em uma dimensão isolada de sua vida. Assim, considera-se que o homem adoecer por inteiro, em outras palavras, esse processo pressupõe alterações psicoemocionais, sociais, bioquímicas, endócrinas, neurológicas, imunológicas e somáticas. Assim, reafirma-se que:

A situação de conflito – geradora de emoção – é suficiente para originar transtornos funcionais, os quais, repetidos e persistentes, por sua vez, alteram a vida celular, acarretando a lesão orgânica e suas complicações [...]. Aquilo que ao nível dos sentimentos é medo, raiva, tristeza, alegria e fome, no corpo, concomitantemente, expressa-se por modificações no sistema músculo-esquelético, neurovegetativo e imunoendócrino, por intermédio de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação, coordenados pelo sistema hipotálamo-hipófise-límbico (RODRIGUES; CAMPOS; PARDINI, 2010, p. 150).

A partir dessas considerações, depreende-se: uma vez que, não existindo o conflito, a emoção ou a tensão, não ocorreriam transtornos funcionais, alterações da vida celular e processo patológico, entende-se que aqueles fatores são parte essencial do processo de adoecimento, e, desse modo, tanto quanto a lesão anatomopatológica devem ser considerados objeto de cuidado.

Considerando essa multiplicidade de fatores e a complexidade das relações que eles estabelecem entre si, das quais depende a configuração de diferentes formas clínicas, depreende-se que se faz necessário um olhar interdisciplinar sobre o processo saúde-doença-cuidado, a fim de que se possa prestar um atendimento mais adequado às demandas do sujeito, cuja complexidade nenhuma teoria, isoladamente, comporta.

Os Fatores de Risco da Somatização: Interface com os Serviços de Saúde

A vulnerabilidade à somatização está intrinsecamente ligada a determinados aspectos sociopsicoculturais, que se constituem em fatores de risco. Considera-se que determinados contextos são qualitativa e quantitativamente mais favoráveis à emergência de sintomatologia somática que outros. Os fatores de risco da somatização explicitados por Fortes, Tófoli e Baptista (2010) situam-se em três áreas específicas e são compartilhados pelos subtipos de

somatizadores, são eles: fatores individuais, fatores familiares / coletivos e fatores ligados aos serviços de saúde. São mencionados, como fatores de risco individuais:

[...] sexo feminino; comportamento anormal de adoecimento (adesão ao papel de doente com ganhos secundários); amplificação de sensações somáticas; atribuição somática de sensações físicas anormais; auto-conceito [autoconceito] de pessoa fraca e incapaz; dificuldade de elaboração verbal do sofrimento psíquico; transtornos mentais comuns (ansiedade/ depressão); história pessoal de adoecimento físico, em especial na infância; história pessoal de abuso físico e sexual, em especial na infância (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010, p. 551).

Consideram-se fatores de risco familiares /coletivos:

[...] história familiar de doenças graves, com ganho de atenção diferenciada por esse motivo; história familiar de somatização / transtornos mentais comuns; atribuição somática de sensações físicas anormais pelo grupo familiar e social; estruturas sociais que favorecem situações de submissão e desempoderamento; culturas latino-americanas [latinoamericanas] (ibidem, p. 551).

Quanto aos fatores de risco ligados aos serviços de saúde, os quais são destacados neste trabalho, mencionam-se: “[...] condutas excessivamente centradas no adoecimento físico; falta de manejo terapêutico para queixas físicas inexplicáveis; diálogo médico sem sensibilidade psicossocial; sistema de saúde pouco organizado, com vínculos com o paciente frouxos ou inexistentes” (ibidem, p. 551-552).

Fatores de risco relacionados aos serviços de saúde

Fortes, Tófoli e Baptista (2010) assinalam evidências de que a organização dos serviços de saúde influencia no surgimento dos ditos sintomas sem explicação médica. Conforme sinalizam, essa questão ainda não está elucidada, ainda não se tem clareza sobre que processos estão implicados entre um determinado tipo de organização nos serviços de saúde e o surgimento de sintomas somáticos. Mas um estudo multicêntrico internacional, realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), mostrou que os pacientes entrevistados, atendidos em unidades que não tendiam a manter um médico pessoal para cada paciente, nem a ter um seguimento coordenado, usar prontuários e a manter um sistema de agendamento apresentaram uma maior probabilidade de apresentar três ou mais sintomas físicos ditos sem explicação

médica e uma maior vulnerabilidade a apresentarem quadros somáticos relacionados a transtorno depressivo.

Além disso, os mesmos autores enfatizam que a relação médico-paciente exerce importante influência na determinação do padrão explicativo do paciente — aqui, vale ressaltar que o paciente somatizador tende a procurar, inicialmente, o médico não psiquiatra, e resiste em ir à busca de um psicólogo, pois acredita estar diante de sintomas puramente orgânicos, afastando a possibilidade de associá-los a fatores psicossociais. Apesar disso, ao procurar o médico, apresentando sintomas físicos sem um fator anatomopatológico que os justifiquem, muitos pacientes dão indicativos de seu sofrimento psicossocial, mas muitos médicos respondem inadequadamente, com intervenções médicas tradicionais. Consta-se que os pacientes com essas queixas buscam um suporte emocional, mas não recebem o devido acolhimento. Nesse caso, enquanto o paciente, mesmo indiretamente, sinaliza o seu problema de saúde como um quadro que ultrapassa a questão meramente orgânica, que está associado a um mal-estar biopsicossocial, o profissional de saúde pautado numa visão cartesiana visa apenas o fator orgânico, atestando a existência de uma condição patológica somente diante da constatação de uma lesão anatomopatológica. Diante disso, não é dada a devida atenção ao estado integral do paciente, os aspectos psicossociais não são vistos como objeto de cuidado, e o paciente é, muitas vezes, estigmatizado, tido como mentiroso e dispensado sob a justificativa de que “não tem nada”. Uma vez que os pacientes somatizadores não apresentam as alterações anatomopatológicas que os profissionais buscam através do seu saber técnico e de recorrentes exames, ficam sem explicações adequadas para o seu quadro. Frustrados e constantemente se deparando com as evidências dos sintomas, vão em busca de outros profissionais que os compreendam e lhes deem respostas adequadas, reforçando, assim, o comportamento somatizador (ibidem).

A influência do médico para a manutenção desse quadro pode ocorrer também em relação a determinados padrões de comportamento ou papéis assumidos no âmbito familiar. Quanto a essa questão, Fortes e Baptista (2004) afirmam que, nos casos em que um sistema familiar disfuncional elege um dos seus membros como detentor do “problema” ou “paciente identificado”, que pode assumir o papel de fraco, incapaz e doente, um médico ou terapeuta desatento a essa dinâmica familiar pode contribuir para reforçar o padrão somatizador, à medida que enfatiza os sintomas e a necessidade de cuidados do “paciente identificado”.

Essas considerações evidenciam a necessidade de se adotar um novo modelo de compreensão do processo saúde-doença-cuidado, ampliando a prática clínica para a atenção não só aos aspectos biológicos, mas também aos aspectos psicossociais. Essa prática requer uma atuação interdisciplinar dos profissionais de saúde, de modo que a compreensão acerca do paciente não seja fragmentada, mas integrada.

Considerações Finais

A consolidação da Psicossomática como ponto de convergência e integração dos conhecimentos voltados à compreensão dos fenômenos sociais, psíquicos e biológicos, sobretudo na fase atual ou interdisciplinar, favoreceu a sistematização de saberes, contribuindo, assim, para uma melhor compreensão do processo de somatização. A partir desses estudos, pode-se inferir que as diversas confluências de significados, processos psicoemocionais, orgânicos e sociais influenciam-se recíproca e concomitantemente, de modo que o homem é uma totalidade, onde estão integrados o soma, a psique e o contexto social. Desse modo, o entendimento concernente ao processo de somatização, conforme a fase atual da Psicossomática, coaduna-se com as novas formas de entender o estar doente, uma vez que propõe compreender esse processo não como um fenômeno restrito à biogênese ou à psicogênese, mas como um evento multicausal, multidimensional e sob o viés da integralidade biopsicossocial. Essa linha de pensamento científico contribuiu para que se repensasse o conceito de somatização, ampliando a compreensão acerca desse fenômeno. Assim, postula-se que a somatização não está relacionada apenas à presença de sintomas físicos ditos medicamente inexplicáveis, mas ao padrão explicativo do paciente, perpassado pelos discursos socioculturais, que são cultivados, sobretudo, no contexto familiar.

Diante de sintomas físicos, muitas vezes normais e decorrentes de eventos comuns da vida cotidiana, o sujeito elabora interpretações e atribui significados a esses sintomas de acordo com o modo como os experiencia. O paciente adota, pois, um padrão de comunicação, cuja configuração está diretamente vinculada à sua subjetividade, à relação do paciente com o serviço de saúde e com o médico, a quem os somatizadores inicialmente se dirigem, e ao contexto familiar, por sua vez ancorado nos padrões culturais.

Considera-se, ainda, que os conflitos existenciais e a produção de sintomas corporais guardam uma forte relação entre si, cujas consequências dependem da representação que cada pessoa faz dessa experiência. Como gerador de emoção e de tensão, o conflito pode provocar modificações nas funções motoras, secretoras e de irrigação, influenciando no surgimento de sintomas somáticos e sendo influenciado pelas interpretações, significados e padrões explicativos que o paciente atribui a esses sintomas. Essa relação ocorre, pois, de forma cíclica, simultânea e recíproca. Dependendo da natureza, intensidade e frequência desse processo, são estabelecidas diferentes configurações clínicas relativas à somatização.

Portanto, entende-se que a somatização consiste num processo heterogêneo, cujo delineamento assume formas e significados diretamente relacionados aos processos de subjetivação. Pode-se dizer que a somatização diz respeito à experiência existencial de adoecimento, demandando do profissional de saúde intervenções particularizadas e voltadas para a integração biopsicossocial. Nesse sentido, a discussão e o acompanhamento de cada caso por diferentes profissionais, como psicólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social e médico, são indispensáveis. A interconsulta, os grupos de discussões de casos clínicos, as visitas conjuntas à família do paciente, o projeto terapêutico singular (PTS), dentre outras estratégias de atuação interdisciplinar configuram-se como um mediador desse processo, uma vez que favorecem a integração de diversos olhares sobre um mesmo fenômeno, ampliando, assim, as possibilidades de compreensão sobre o caso.

Uma atuação profissional pautada nesse modelo possivelmente contribui para sanar as dificuldades de tantos profissionais em transitar entre o somático e os aspectos psicossociais, além de possibilitar uma visão holística acerca do paciente, aumentando, assim, as possibilidades de um tratamento mais adequado e uma recuperação mais rápida e menos onerosa.

Entretanto, muitas vezes a equipe multidisciplinar dos serviços de saúde atuam isoladamente, cada qual na sua especialidade, de modo que o sujeito não é visto na sua integralidade, mas de forma fragmentada. Muitos profissionais de saúde ainda insistem em sustentar uma prática fundamentada nos padrões positivistas e deterministas, sob as vertentes da unicausalidade e linearidade, cujo foco são as alterações anatomopatológicas. No caso da somatização, em que essas alterações estão ausentes, ou não justificam adequadamente os sintomas apresentados, a situação torna-se ainda mais crítica. Frente à dificuldade desses profissionais em transitar entre as questões psicossociais e orgânicas, sob a alegação de que

aquelas não são seu objeto de cuidado, empreendem esforços em investigar excessivamente fatores orgânicos associados aos sintomas apresentados pelo paciente, encarecendo o tratamento com procedimentos, solicitações de pareceres e exames desnecessários.

Diante da falta de evidências anatomopatológicas, o paciente em estado de somatização é, muitas vezes, desacreditado e dispensado, partindo em busca de realizar novas consultas e exames, reforçando-se, assim, o seu comportamento somatizador, que, por sua própria natureza, já tende à busca constante por atendimento médico. Com esse tipo de prática, os profissionais de saúde requisitados pelos pacientes somatizadores acabam contribuindo para um prognóstico negativo, aprofundando os sintomas, cronificando o problema e acarretando sérios prejuízos para a funcionalidade do paciente.

A fim de superar esse tipo de prática profissional, os atuais estudos da Psicossomática voltados ao processo de somatização têm dado relevantes contribuições para a compreensão desse fenômeno e para uma atuação pautada no princípio da integração biopsicossocial. Porém, muitos aspectos referentes aos fatores que determinam a multiplicidade de formas pelas quais a somatização se apresenta e as razões pelas quais ela se apresenta de um modo e não de outro, continuam sendo, em parte, uma incógnita. Questões referentes aos mecanismos que estão implicados na apresentação de determinadas alterações orgânicas em vez de outras continuam parcialmente obscuras, requerendo mais investigação e esclarecimentos para que se possa aprimorar as formas de cuidado e intervenção voltados ao paciente somatizador no contexto da saúde pública.

Referências

BÉCACHE, A. Doentes Psicossomáticos. In: BERGERET, J.. **Psicopatologia: Teoria e Clínica**. 9. ed.. Porto Alegre: Artmed, 2006.

COELHO, C. L. S.; ÁVILA, L. A. **Controvérsias sobre a somatização**, In: Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 34, n. 6, São Paulo: 2007, p. 278-279. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/n6/278.html>, acesso: 10/05/2011.

FERREIRA, S.; MARTINS, M., et al.. **Inventário de Somatização para Crianças**. In: Rev. Psicologia, Saúde e Doenças, vol 15, n. 3, Lisboa: 2014, p. 751-767. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a15.pdf>, acesso: 23/10/2018.

FORTES, S. L. C. L.; TÓFOLI, L. F. F.; BAPTISTA, C. M. A.. Somatização Hoje. In: MELLO FILHO, J. de et al.. **Psicossomática Hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FORTES, S.; BAPTISTA, C. M. A.. Família e Somatização: Entendendo suas interações, In: MELLO-FILHO, J. M.; BURD, M. et al.. **Doença e Família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

GALDI, M. B.; CAMPOS, E. B. V.. **Modelos Teóricos em Psicossomática Psicanalítica: Uma Revisão**. In: Trends in Psychology/ Temas em Psicologia, vol 25, n. 1, Ribeirão Preto: março/ 2017, p. 29-40. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a03.pdf>, acesso: 10/10/2018.

LIMA, T. C. S. de.; MIOTO, R. C. T.. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. In: Revista Katál, vol 10, n. esp., Florianópolis: 2007, p. 40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe.pdf>, acesso: 15/08/2011.

MELLO FILHO, J. de. **Concepção psicossomática: Visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MELLO FILHO, J. de. Introdução, In: MELLO FILHO, J. de.; BURD, M. et al.. **Psicossomática Hoje**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

RICHELMANN, J. C.. Medicina e Psicologia da Saúde: Veredas Interdisciplinares em Busca do “Elo Perdido”, In: AANGERAMI-CAMON, V. A. et al.. **Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

RODRIGUES, A. L.; CAMPOS, E. M. P.; PARDINI, F.. Mecanismos de Formação de Sintomas. In: SPINELLI, M. R. et al.. **Introdução à Psicossomática**. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

VOLICH, R. M.. A Revolução Freudiana, In: VOLICH, R. M.. **Psicossomática: De Hipócrates à Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Endereço de contato: Rua T-18, 53, Bela Vista, Barbalha – CE, Brasil. E-mail: luzineided@yahoo.com.br, (88) 99968-1085; moemaalvmacedo@hotmail.com, (88) 99939-3248.



Como citar este artigo (Formato ABNT):

VIEIRA, Luzineide de Sousa dos Santos; MACÊDO, Moema Alves. A Interação Biopsicossocial no Processo de Somatização: Interface com a Saúde Pública. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, 2019, vol.13, n.45, p. 1-17. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 08/03/2019

Aceito 13/03/2019.