

Resumo

Os Síndromes Somáticos Funcionais são uma entidade nosológica com um importante impacto na nossa sociedade. No entanto, a terapia médica convencional revela-se bastante ineficaz. Resultado: médicos e doentes insatisfeitos (estes últimos com sintomas e uma incapacidade crónicas) (1). Por isso, é de extrema importância entender as várias opções terapêuticas que podem ser aplicadas, e que, actualmente apresentam evidências positivas da sua eficácia.

Abstract

Functional Somatic Syndromes have an important impact in our society. However, conventional medical therapy has been quite ineffective. The result is physicians and patients unsatisfied (patients due to chronic symptoms and disabilities). Thus, understand the main therapeutic options that show strong evidence of its benefit is extremely important.

Palavras-Chave: functional somatic syndromes, management.

Introdução

Enquanto o Sintoma é uma experiência subjectiva do doente de alterações que ocorrem no seu corpo, a Doença é uma alteração objectiva observada no corpo do doente. A dificuldade surge quando o médico não consegue encontrar nenhuma alteração objectiva que explique a experiência subjectiva do doente. (1)

Os Síndromes Somáticos Funcionais são muito frequentes na sociedade actual (2), não sendo, contudo, algo recente (3). A sua prevalência depende de vários factores, entre estes temos as diferenças culturais e os diferentes critérios de diagnóstico estabelecidos pelos estudos, sendo que, pequenas variações nesses critérios podem conduzir a amplas variações nas taxas de prevalência (2). Todavia, estes Síndromes partilham um fenótipo e algumas características epidemiológicas semelhantes, como a prevalência mais acentuada (do que o expectável) de comorbilidades psiquiátricas (3).

Apesar dos Síndromes Somáticos Funcionais serem transversais às várias áreas médicas, o diagnóstico e tratamento modificam-se substancialmente de acordo com a especialidade em causa (2).

Torna-se importante para qualquer médico saber como abordar e encaminhar estes doentes, por vezes, de muito difícil tratamento, com diagnósticos realizados pelos próprios, altamente elaborados e sintomas refractários aos esclarecimentos (os doentes resistem às informações que contradizem as suas imputações) e aos tratamentos *standard* (3). Estes doentes, frequentemente, apresentam um forte senso de assertividade e um grande apoio legal que respeita as suas suposições etiológicas, podendo ainda desvalorizar e/ou recusar a autoridade médica e evidências epidemiológicas que entrem em conflito com aquilo que acreditam (3).

Estão ainda associados a altos custos, quer médicos, quer sociais, devido aos imensos recursos de saúde investidos nestes doentes e devido às consequências do absentismo laboral.

Assim, este artigo de revisão tem como objectivo abordar algumas modalidades terapêuticas que podem ser actualmente aplicadas aos doentes com Síndromes Somáticas Funcionais.

Materiais e Métodos

Na realização deste artigo, foi efectuada uma pesquisa bibliográfica com recurso à base de dados digital da PubMed, utilizando as seguintes palavras-chave “Functional Somatic Syndroms”, sendo dada especial atenção aos que se referiam ao tratamento e/ou abordagens terapêuticas. Foram também pesquisados os nomes dos seguintes autores: Arthur J. Barsky, M. Sharpe and Peter Henningsen.

Através das bibliografias dos artigos pesquisados anteriormente, foi realizada uma nova pesquisa.

Contextualização

Definições e Terminologias

Os Síndromes Somáticas Funcionais são caracterizados por sintomas persistentes, para os quais, um adequado exame médico não revela uma explicação que sustente as queixas do doente, sendo por isso englobados no grupo dos designados “sintomas medicamente não explicados” (2). No entanto, não é um termo adequado na medida em que, é difícil definir “explicação insuficiente”, podendo ainda implicar que esclarecimentos que envolvam factores sociais e culturais não fazem parte da Medicina (1).

Usualmente, o nome de um Síndrome Somático Funcional corresponde aos sintomas principais apresentados pelo doente, no entanto, a sua definição inclui outras queixas, ademais,

muitos doentes preenchem critérios para mais do que um síndrome (1). Deste facto podemos concluir a existência de uma importante sobreposição entre si. Noutras situações, o nome advém da causa implicada (1).

A sobreposição acima referida é ainda sustentada por algumas características comuns: (i) queixas físicas difusas, não específicas, ambíguas, muito semelhantes entre elas (por exemplo, fadiga, fraqueza, insónias, cefaleias, dores musculares e articulares) e muito prevalentes em populações ditas “saudáveis” (3), (ii) maior prevalência no sexo feminino, (iii) significativa coexistência com estados de ansiedade e depressão (a prevalência de doenças psiquiátricas nestes doentes é mais alta do que na população em geral ou em doentes com sintomas semelhantes mas com patologia orgânica (3); ver Figura 1), (iv) impacto significativo na qualidade de vida, (v) responsividade a intervenções que influenciam principalmente a função do Sistema Nervoso Central (SNC) (métodos psicofarmacológicos) (2). Estes factos, aliado à ausência de critérios de diagnóstico válidos e genericamente aceites pelas várias especialidades médicas, dificulta a individualização de um síndrome específico (2). Aliás, alguns autores colocam a hipótese da existência de um único Síndrome Somático Funcional, em vez de vários síndromes (1), justificando-se a sua discussão como variantes de um processo biopsicossocial comum (3).

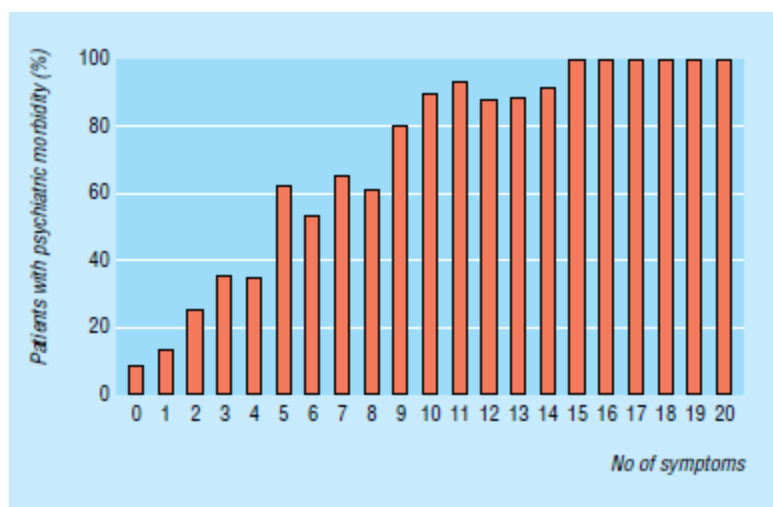


Figura 1: Associação entre o número de sintomas físicos não explicados e doenças psiquiátricas (ansiedade e depressão); imagem retirada do estudo internacional ao nível do atendimento nos cuidados de saúde primários (4).

Também foi sugerido que os Síndrome Somáticos Funcionais envolvam a mesma desregulação fisiopatológica por parte do Sistema Nervoso Central, como resposta ao *stress* (3).

De acordo com a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5), os Síndromes Somáticos Funcionais encaixam-se no capítulo dos “*Somatic Symptom and Related Disorders*”. Esta nova edição da DSM enfatiza a realização de um diagnóstico baseado na associação entre sintomas somáticos e pensamentos, sentimentos e comportamentos inadequados como forma de resposta a estes sintomas, em vez da “tradicional” ausência de uma explicação médica. Uma vez que fundamentar um diagnóstico na ausência de uma justificação é algo problemático e ainda reforça o dualismo mente-corpo. A DSM-5 considera, além disso, inapropriado diagnosticar um doente com uma doença mental apenas porque não foi possível demonstrar uma causa médica para os seus sintomas; e os doentes poderão considerar este diagnóstico pejorativo e infame, uma forma de declarar que os seus sintomas não são “reais”.

No entanto, classificar os Síndromes Somáticos Funcionais como doenças mentais ou doenças somatoformes, implica uma origem psicogénica, tornando-se problemático do ponto de vista científico e do ponto de vista social (2), o que vem de encontro ao que já foi acima referido. É preferível usar o termo “funcional” no seu sentido original de “distúrbio da funcionalidade” (5).

Peter Henningsen et al (2007) diferenciam três tipos de queixas nos Síndromes Somáticos Funcionais: (i) dor em diferentes localizações (como por exemplo, dorso, cabeça, músculos ou articulações, abdómen, tórax), (ii) distúrbios funcionais em diferentes órgãos e sistemas (por exemplo, palpitações, tonturas, obstipação, diarreia, sensação de movimento) e (iii) queixas centradas na fadiga e exaustão.

Os doentes podem, ainda, apresentarem-se apenas com critérios para um único síndrome, considerando-se que apresentam um “Síndrome Não Complicado” ou vários

sintomas simultaneamente, com critérios para mais do que um Síndrome Somático Funcional, sendo então considerados como doentes com “Síndromes Complicados”.

Na literatura, existem três Síndromes referenciados mais comumente. São estes: Síndrome do Intestino Irritável, Fibromialgia e o Síndrome de Fadiga Crónica.

O Síndrome do Intestino Irritável é o diagnóstico mais comum na especialidade médica de Gastrenterologia (6). Um terço dos doentes apresenta, predominantemente, um quadro de obstipação, outro um terço um quadro de diarreia e o último terço uma alternância entre obstipação e diarreia (7). A etiologia do Síndrome do Intestino Irritável é ainda desconhecida, no entanto, alguns factores fisiopatológicos têm sido identificados: motilidade anormal/descoordenada dos segmentos intestinais, hipersensibilidade visceral, alterações ao nível do Sistema Nervoso Central (por exemplo, ao nível da percepção) (8), preocupações psicossociais, neuromodulação pós-infecciosa, factores luminais agressivos para o intestino delgado e cólon (6) e factores genéticos (9). Além dos sintomas gastrointestinais, os doentes também podem apresentar outros sintomas como letargia, diminuição da qualidade do sono, lombalgia, frequência urinária e dispareunia (8).

A Fibromialgia é a segunda doença mais comumente observada pelos Reumatologistas (10).

O termo “Síndrome de Fadiga Crónica” é usado para descrever uma doença caracterizada por fadiga ou exaustão crónicas (5), severas (11) incapacitantes que são exacerbadas pelo menor esforço (5). Como sintomas concomitantes podemos incluir: (i) diminuição da memória, (ii) sensação de garganta inflamada, (iii) sensibilidade ao nível dos nódulos linfáticos, (iv) dor muscular e articular, (v) cefaleias, (vi) sono não reparador (12), (vii) comprometimento da atenção (11).

Fisiopatologia e Factores Predisponentes/Precipitantes

Existem vários factores predisponentes que aumentam a probabilidade de os sintomas se tornarem marcantes em pessoas biológica e psicologicamente mais predispostas ao seu desenvolvimento (4). A DSM-5 apresenta alguns que podem contribuir para estas doenças:

(i) Vulnerabilidade biológica e genética – por exemplo, sensibilidade aumentada à dor. No entanto, ainda não se identificou um padrão genético que influenciasse o seu aparecimento.

O factor hereditariedade parece possuir uma importância mínima (2);

(ii) Experiências traumáticas vivenciadas muito prematuramente/durante a infância – violência, abusos (físicos e sexuais), situações de privação. A experiência de sintomas orgânicos não explicados, doença parental ou um aumento do comportamento de doença não adaptativo por parte dos pais também encaixa, nesta categoria (2);

(iii) Aprendizagem – obtenção de atenção em momentos de doença, reforço da aquisição de “atitudes” somáticas em resposta a situações de *stress*;

(iv) Factores culturais e sociais – desvalorização e estigmatização de sofrimento psicológico, comparativamente ao sofrimento físico, também podem afectar a forma como as pessoas percebem e relatam os seus sintomas (2);

(v) Diferenças nos cuidados médicos das várias culturas – podem afectar a forma como os doentes apresentam, reconhecem e abordam estes quadros somáticos (2,13).

Alguns autores podem ainda acrescentar outros factores aos listados na DSM-5:

(vi) Factores relacionados com a personalidade – alguns modelos cognitivos e padrões de vinculação podem afectar o comportamento mal adaptativo à doença (2);

(vii) Factores iatrogénicos - transparecer incertezas e incapacidades de dar uma explicação; não ser capaz de convencer o doente de que as suas queixas são aceites e genuínas;

reafirmar sem dar uma explicação positiva; informações contraditórias e ambíguas; investigação excessiva (4).

Como factores precipitantes podemos encontrar: doenças orgânicas, acidentes, situações diárias de maior *stress*, mecanismos psicossociais mais amplos (como por exemplo, informações prestadas pelos *media* sobre potenciais ambientes patogénicos, com riscos para a saúde) (2).

A observação das mudanças fisiopatológicas que ocorrem nos Síndromes Somáticos Funcionais reflectem os diferentes focos para o tratamento: modificações periféricas versus modificações ao nível do SNC; mudanças específicas para um síndrome versus modificações generalizadas a todos os síndromes (2).

O uso de “listas” sistemáticas para a avaliação dos sintomas apresentados pelos doentes (quase que semelhante a uma “*checklist*” que abrangesse todos os sintomas), poderia ser uma forma de, possivelmente, distinguir entre doença orgânica estrutural, doença não-orgânica e agudização de uma doença *minor* (2). Provavelmente, iríamos suspeitar de um doente com um quadro de sintomas muito variado, que não se encaixava em nenhuma entidade nosológica conhecida. No entanto, este processo é demasiado laborioso e consumidor de tempo (14).

Abordagem dos Síndromes Somáticos Funcionais

A abordagem dos Síndromes Somáticos Funcionais deve ser suportada pelo conhecimento da diversidade de factores que podem predispor, precipitar e manter a doença, não existindo um único método (2). Dentro das várias especialidades médicas há uma variação substancial ao nível do diagnóstico e tratamento destas situações (2) e muitos dos médicos especialistas focam-se apenas no órgão ou sistema do seu campo de conhecimento (12).

É necessário ter em atenção que ao enfatizar em demasia a investigação de uma alteração estrutural pode desviar o médico de fornecer certezas ao doente, de acordo com as suas expectativas e circunstâncias pessoais (3); e os doentes podem ficar de tal forma absortos em estabelecer a legitimidade da sua condição, de tal forma empenhados em descobrir a causa dos seus sintomas e preocupados em atribuir falhas e culpas, que o tratamento sintomático torna-se mais difícil ou é precipitado.

Existe sempre uma tentação de referenciar doentes difíceis para outro médico, o que pode resultar em grandes dificuldades a longo prazo se não for cuidadosamente planeado. Se existirem razões que justifiquem essa referenciação, é essencial fornecer uma explicação clara ao doente do porquê e uma carta de recomendação dirigida ao médico a quem se referenciou (4).

Peter Henningsen et al (2007) referem que a abordagem dos Síndromes Somáticos Funcionais podem ter diferentes pontos centrais:

(A) Focado no doente – abordagem orientada a um determinado órgão (de acordo com o sintoma mais importante; focada na disfunção de órgãos periféricos; intervenções que visam restabelecer a função fisiológica periférica) ou uma abordagem interpessoal cognitiva (padrão de sintomas físicos e mentais ao longo do tempo; focado na disfunção do processamento central

e factores contextuais; intervenções focadas nas sensações, cognição, afecto, comportamento e restabelecimento do funcionamento global).

(B) Focado no médico – é importante que este reconheça precocemente a doença, possua capacidades de comunicação e evite actos de iatrogenia.

(C) Focado nos factores contextuais – também são importantes, nomeadamente factores como sistemas de reembolso médico, esquemas de compensações para o doente, o próprio sistema de saúde, características do local de trabalho e as crenças culturais do doente.

Estes mesmos autores recomendam uma abordagem baseada em *steps*:

1º) Avaliação:

- Pensar na possibilidade da existência de Síndromes Somáticas Funcionais em doentes com queixas sintomáticas prolongadas. Um doente que se apresente com um número elevado de sintomas é um forte indício de uma natureza “não-orgânica” (2). Atenção para não equiparar com situações de simulação de doença;
- Estar atento a pistas fornecidas pelos doentes que possam indicar preocupações emocionais ou físicas, além dos actuais sintomas, e fora da nossa área de especialidade;
- Avaliar o funcionamento, expectativas do doente e o comportamento de doente;
- Evitar investigações repetitivas apenas para acalmar o doente ou nós próprios;
- Decidir se o doente apresenta um Síndrome único e não complicado ou Síndromes Complicados (uma vez que os doentes não vão responder no mesmo formato (12)). Existem sintomas físicos ou mentais claramente além do Síndrome único? Existe uma perda excessiva de funcionalidade? Existem expectativas disfuncionais ou comportamento de doença?

2º) *Stepped care* diferenciado:

- *Step 1a* (Síndrome Somático Funcional não complicado) – reafirmação com recurso a uma explicação positiva do Síndrome. Não apenas transmitir os resultados negativos dos testes. Adopção de medidas sintomáticas (ex: alívio da dor). Aconselhar a prática de exercício físico, mais do que repouso.
- *Step 1b* (Síndrome Somático Funcional complicado) – medidas semelhantes às do *step 1a* para os sintomas principais. Considerar tratamento antidepressivo. Informar o doente sobre a imputação disfuncional e o comportamento de doença, e encorajar o reenquadramento dos sintomas num quadro biopsicossocial (isto é, incorporar as certezas do doente sobre a natureza orgânica dos seus sintomas e como estes podem ser afectados por uma panóplia de factores psicológicos e contextuais). Se apropriado, agendar consultas em intervalos regulares, ao invés de por iniciativa do doente.
- *Step 2* (se *step 1a* e *1b* forem insuficientes) – preparar referência para psicoterapeuta ou psiquiatra. Assegurar que factores de *stress* traumáticos e factores contextuais de manutenção (ex: litígio) encontram-se devidamente avaliados. Continuar com a marcação de consultas de forma regular, mais do que por iniciativa do próprio doente. Colaborar com psicoterapeuta ou psiquiatra no planeamento terapêutico e abordagem de possíveis dificuldades.
- *Step 3* (se *step 2* prova ser insuficiente e se for apropriado no país) – tratamento multidisciplinar que inclua medidas sintomáticas, fisioterapia e psicoterapia.

3º) A essência destas recomendações é:

- Transmitir ao doente que os seus sintomas são reais;
- Oferecer conselhos positivos e tratamento;
- Comprometer o doente com um papel activo no alívio da sua sintomatologia crónica.

Já Arthur J. Barsky et al (1990) recomendam 6 passos na abordagem dos doentes com Síndromes Somáticas Funcionais:

1º Passo – Descartar a presença de uma doença passível de ser diagnosticada medicamente – o médico deve apoiar-se numa pesquisa apropriada de uma possível doença orgânica não reconhecida. É preciso não esquecer, durante a decisão de quais os exames complementares a realizar, os efeitos iatrogénicos duma investigação excessiva (manutenção do “papel de doente” e a expectativa, por parte do doente, de uma explicação médica definitiva para uma doença somática), e para isso é necessário ponderar muito bem quais os exames a realizar;

2º Passo – Avaliar a possibilidade de doenças psiquiátricas – particularmente depressão *major* e distúrbios de pânico (altamente prevalentes e tratáveis). É importante relembrar que a probabilidade de uma doença psiquiátrica aumenta linearmente com o número de sintomas somáticos reportados pelo doente;

3º Passo – Construir uma aliança terapêutica com o doente – ponto extremamente crucial. O médico tem que ter um cuidado especial em reconhecer e legitimar o sofrimento do doente, desencoraja-lo a assumir o “papel de doente”, diminuir as expectativas alarmantes sobre o curso clínico dos sintomas e evitar atribuir os sintomas a possíveis eventos de maior stress;

4º Passo – Tornar como objectivo do tratamento a restauração da funcionalidade – alívio sintomático, técnicas de *coping* e reabilitação com melhoria funcional devem tornar-se o centro do empreendimento médico, em vez da tentativa de curar ou erradicar os sintomas. O objectivo do tratamento transforma-se na identificação e diminuição dos factores que amplificam e perpetuam os sintomas do doente. A participação activa do doente também é extremamente importante, devendo-se dissuadi-lo de adquirir um papel passivo, esperando ser curado com recurso a procedimentos médicos e intervenções invasivas e encoraja-lo a retornar às suas

actividades habituais o mais rapidamente possível, incluindo a continuidade duma vida laboral activa;

5º Passo – Fornecer garantias limitadas – garantir ao doente que foram descartadas doenças graves e que não detém nenhuma doença letal ou progressiva. Contudo, só isto não é suficiente para este grupo de doentes porque eles, na realidade, sentem-se doentes. Como tal, torna-se útil explicar-lhes o processo de amplificação, e a forma como os factores socioculturais e psicológicos podem exacerbar os sintomas e impedir a recuperação.

6º Passo – Prescrição duma terapêutica cognitivo comportamental aos doentes que não responderam aos 5 passos acima referidos – estudos com follow-up a longo prazo demonstraram eficácia na diminuição dos sintomas somáticos, da preocupação generalizada e da incapacidade. Estas intervenções ajudam os doentes, com recurso a estratégias de *coping*, a reavaliar as suas convicções e expectativas e explorar os efeitos do “papel de doente”, do *stress* e da preocupação ao nível da sua sintomatologia. Os pacientes são auxiliados na procura de explicações alternativas para os seus sintomas, a reestruturar crenças não adaptativas, a modificar as expectativas e a aprender técnicas de relaxamento e concentração. Estratégias comportamentais (como por exemplo, exposição com prevenção de respostas, dessensibilização sistemática, esquemas de treino físico gradual e relaxamento muscular progressivo) ajudam os doentes a retornar às actividades normais e a diminuir o comportamento de papel de doente. A psicoterapia tradicional é geralmente restrita a casos em que o doente identifica um problema psicológico ou uma fonte de *stress* emocional para o qual requer tratamento.

Em 1989, Goldberg e Gask introduziram o Modelo de Reatribuição que pode ser aplicado pela maioria dos médicos, após um breve treino. Este modelo permite uma abordagem orientada, cognitivamente, para o tratamento dos sintomas medicamente não explicados, apresentando alguns elementos essenciais: permitir que o doente se sinta entendido,

alargamento da agenda de consultas, e por fim, negociar uma nova percepção dos sintomas incluindo os factores psicossociais. O Modelo de Reatribuição tem sido testado, demonstrando efeitos positivos nas capacidades de entrevista dos profissionais de saúde, nos custos com os cuidados de saúde, e claro, na saúde dos próprios doentes (15).

W. Perry Dickinson et al (2003) propuseram a redacção de uma Carta de Recomendação dirigida ao Médico dos Cuidados de Saúde Primários, com o objectivo de identificar os doentes com diagnósticos enquadrados nos Síndromes Somáticas Funcionais e transmitir algumas recomendações sobre os cuidados apropriados a este grupo de doentes.

Os componentes-chave da carta incluem: (i) notificação de que aquele doente apresenta critérios para o diagnóstico de determinado Síndrome Somático Funcional; (ii) informação tranquilizadora em relação ao curso não letal da doença; (iii) recomendação para que o doente seja regularmente observado, com consultas breves, devendo evitar as consultas “urgentes” tanto quanto possível; (iv) advertir o médico para que esteja atento a sinais de doença orgânica; (v) evitar hospitalizações, cirurgias ou procedimentos diagnósticos desnecessários (a não ser quando existem indicações precisas); (vi) recomendação para que o médico encare os sintomas como parte de um processo não simulado, em vez de dizer ao doente que o problema “está todo na sua cabeça”.

O mecanismo de acção desta intervenção ainda não é bem explícito. Alguns autores colocam a hipótese de que a carta pode incitar os médicos a refrear o pedido de procedimentos invasivos, prevenindo o dano físico, relacionado com as técnicas e reduzindo o medo dos doentes em relação à possível presença de uma doença física grave.

Assim sendo, esta intervenção demonstrou uma diminuição dos custos associados aos cuidados destes doentes e ainda conduz a uma não deterioração ou melhoria do seu funcionamento físico.

Vários são os tratamentos propostos na abordagem dos Síndromes Somáticos Funcionais. Podemos dividir em tratamentos não farmacológicos e tratamentos farmacológicos. A abordagem adoptada depende da intensidade dos sintomas, da necessidade de cuidados de saúde por parte do doente e do grau das comorbilidades psicossociais apresentadas (16).

Os tratamentos não farmacológicos podem ser subdivididos em activos (requerem a participação activa do doente) e passivos (não envolvem a participação do doente).

Os tratamentos farmacológicos podem, por sua vez, ser subdivididos como tendo alvos de acção periféricos ou alvos centrais.

Seguidamente, e tendo por base a pesquisa bibliográfica, serão abordados de forma individualizada alguns modelos de tratamentos que foram mais referenciados e que apresentaram melhores resultados nos vários estudos e revisões bibliográficas. Os estudos realizados no âmbito da terapêutica, normalmente, são confinados a um único síndrome (2).

Tratamento Não-Farmacológico

Os tratamentos não-farmacológicos que requerem a participação activa do doente, particularmente a prática de exercício físico e a psicoterapia, parecem ser mais eficazes do que os tratamentos que não envolvam a participação directa do doente (intervenções físicas passivas), quer sejam invasivos ou não invasivos, como a realização de cirurgias (2). Este facto sublinha a importância de factores comuns nos Síndromes Somáticos Funcionais (2).

Intervenções comportamentais activas têm como objectivo alterações ao nível do comportamento corporal e interpessoal, ao nível das sensações e da cognição, com o recurso à participação activa dos doentes no seu tratamento (2). Os tratamentos multidisciplinares também são incluídos neste grupo porque o componente “comportamento” é uma parte essencial (2).

Neste ponto serão abordados as seguintes terapêuticas:

- Intervenções activas: (i) Educação do Doente, (ii) Exercício Físico (Aeróbio), (iii) Hipnoterapia, (iv) Terapêutica Cognitivo Comportamental, (v) Terapêutica Multidisciplinar, (vi) Terapêutica Psicodinâmica Interpessoal, (vii) Treino de Relaxamento.
- Intervenções passivas: (viii) Acupunctura.

i) Educação do Doente

A Educação do Doente inclui intervenções que envolvem um contacto mínimo com o profissional de saúde (normalmente 1 ou 2 sessões), recurso a grupos de auto-ajuda, fornecimento de livretes e panfletos educacionais, recurso a informações correctas disponíveis na Internet, sendo a escolha determinada pelos recursos disponíveis e pelas preferências quer do doente, quer do terapeuta (17).

Estas intervenções têm como objectivo encorajar o doente a ser activo e a diminuir as preocupações, podendo ser ajudado por um fisioterapeuta, com ou sem médico, a retornar às actividades normais, a reduzir o absentismo laboral e a incapacidade funcional (17).

ii) Exercício Físico (Aeróbio)

A Terapia de Exercício define-se como qualquer programa, no qual, durante as sessões, os participantes executam repetidamente movimentos dinâmicos voluntários ou contracções musculares estáticas, com o objectivo de melhorar uma determinada condição (17).

Larun L. et al (2015) definiram “Terapia de Exercício” como um “regime ou plano de actividade física desenhado e prescrito com vista a aliviar ou curar uma doença” e “Exercício Terapêutico” como “a realização de exercício planeado, de forma a atingir um benefício físico específico, como a manutenção da amplitude de um movimento, fortalecimento de músculos

enfraquecidos, aumento da flexibilidade articular ou melhoria da função cardiovascular ou respiratória”.

Não existe uma recomendação sobre um tipo específico de exercício, devendo ser determinado tendo em conta as preferências do doente e do terapeuta, não sendo necessário recorrer a materiais dispendiosos (17). O exercício em grupo constitui uma opção atractiva (17), principalmente quando existem muitos indicadores de que a aderência à intensidade e frequência é pobre (18). Por isso, é importante planear um programa com estabelecimento de uma linha base de exercício/actividade física, seguida pelo aumento gradual e negociado, ao nível da duração e intensidade (11). É ainda possível associar-se uma abordagem cognitivo comportamental (17).

Os tratamentos com exercício físico têm sido desenvolvidos em consonância com a evidência que sugere que o exercício melhora o humor, os limiares de dor e o sono (12). O exercício pode contribuir para o alívio da dor através de um processo de microtrauma muscular, reparação e adaptação, que estão associadas à realização de um normal programa de exercício. Além disso, as adaptações metabólicas induzidas pela via aeróbia e pelo treino de força podem normalizar algumas actividades metabólicas ao nível do tecido muscular, consistentes com a perda de capacidade física, e deste modo, contribuir para o alívio da dor (18).

Vários estudos demonstraram resultados positivos do Exercício ao nível do funcionamento físico (11,12,17–20).

Em termos de efeitos secundários, estes não são sempre reportados nos estudos (17,18), e as informações disponíveis variam entre, estudos que não reportam nenhum efeito secundário e estudos que reportam efeitos vagos (como por exemplo, aumento do *stress*) ou altas taxas de desgaste e exacerbação sintomatológica (18). Contudo, poucas reacções adversas graves foram descritas (11).

Por último, é de salientar que terapia com a realização de exercício físico não é o mesmo que aconselhar o doente a manter-se activo (19).

iii) Hipnoterapia

A Hipnose pode ser induzida através do encerramento ocular, com relaxamento muscular progressivo e técnicas de aprofundamento *standard*. O doente é sugestionado de forma a normalizar a sua função e sensibilidade, através do uso de imagens e técnicas condicionantes (21).

Na sua formulação clássica, pensa-se que a Hipnose induz um estado de concentração altamente focada, combinada com a suspensão da consciência periférica, que presumivelmente aumenta a receptividade do doente à sugestão (22).

Em relação à natureza e mecanismos da Hipnose, as opiniões profissionais diferem dramaticamente (22).

iv) Terapêutica Cognitivo Comportamental

A Terapêutica Cognitivo Comportamental foi originalmente desenvolvida para o tratamento da depressão (5). De acordo com Michael Sharp (1997), é possível aplicar este método com pequenas modificações, de forma útil e eficaz, aos sintomas somáticos.

Este tratamento baseia-se num modelo teórico que assume que (i) a doença é melhor entendida quando se recorre a uma ampla perspectiva, que tem em consideração componentes biológicos, cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais (família, amigos e os próprios médicos podem responder de forma a reforçar o sofrimento do doente (12)) e (ii) o facto de que estes componentes interagem entre si, perpetuando a doença (5). Uma implicação importante deste modelo é que os factores psicológicos e sociais são considerados não só como consequências do distúrbio biológico, mas ainda como causas desse mesmo distúrbio (5).

Assim, a Terapêutica Cognitivo Comportamental tem como objectivo facilitar a recuperação do doente ao intervir no componente cognitivo da doença (“reformulação” positiva da justificação da doença em termos dum modelo biopsicossocial) e desta forma, conduzir a um comportamento de *coping* mais eficaz (o doente pode influenciar activamente a sua recuperação) e a um menor grau de *stress* emocional (5). O tratamento comportamental frequentemente consiste numa combinação de modalidades ou é aplicado em combinação com outros tratamentos (por exemplo, fármacos e exercício) (17).

A sua principal ferramenta é uma aliança terapêutica, em que, terapeuta e doente trabalham em conjunto de forma a: (i) ajudar o doente a identificar as crenças (factores psicológicos específicos ou factores comportamentais (22)) que o doente pode ter sobre ele mesmo, sobre a sua doença, sobre outras pessoas e o Mundo; (ii) gerar alternativas para essas crenças; e (iii) escolher alternativas com base na melhor evidência disponível (5). Os pensamentos podem ser modificados directamente por técnicas de reestruturação cognitiva (como o desvio da atenção) ou indirectamente pela modificação dos pensamentos mal-adaptativos (17).

Os cursos de Terapêutica Cognitivo Comportamental são de curta duração, consistindo em 10 a 20 sessões de 1 hora. Entre as várias sessões os doentes levam para casa algumas “tarefas” cognitivas e comportamentais (5). Frequentemente, e em simultâneo, os doentes frequentam treinos de relaxamento ou *Biofeedback* (22).

Os objectivos terapêuticos devem ser cuidadosamente negociados de forma a incluir apenas aqueles que realmente são desejados pelo doente; devem ainda ser, claramente definidos e realistas. Para os doentes que apresentam uma redução significativa do nível de actividade, este pode ser gradualmente aumentado. Para aqueles que exibem um padrão oscilante de actividade pode ser necessário enfatizar a importância de a estabilizar.

Pelo final do tratamento, o terapeuta e o doente devem concordar num modelo e numa lista de estratégias eficazes para ultrapassar momentos de agudização sintomática. É útil fazer um esboço deste modelo num documento escrito que pode ser guardado pelo doente como futura referência (5).

Durante o processo de enfatização do papel do doente na sua própria recuperação, é necessário algum cuidado na forma como o fazemos, para não implicar que o doente é “culpado” por “estar doente”.

Este modelo terapêutico demonstra resultados positivos e pode ser recomendado para alguns Síndromes (20,21), como por exemplo a Dor Lombar Crónica (17) e Síndrome do Intestino Irritável (23); não existindo efeitos adversos conhecidos (20).

v) Terapêutica Multidisciplinar

Os programas de Tratamento Multidisciplinar foram originalmente baseados num modelo de condicionamento operativo (17).

Recentemente, têm-se assistido a um aumento da pesquisa no âmbito da abordagem Multidisciplinar devido a uma maior aceitação do Modelo Biopsicossocial, à ineficácia das monoterapias e aos relatórios promissores da prática clínica (24).

Em alguns casos acredita-se que a dor pode estar associada a efeitos de descondicionamento físico, como por exemplo na lombalgia crónica, inclui-se sempre um componente de exercício (17).

Como muitos dos doentes com dor lombar crónica têm problemas no local de trabalho e são relativamente jovens (a idade média em muitos estudos é de 42 anos), tem existido uma forte crença nos chamados exercícios de fortalecimento ou condicionamento físico, e estes são incluídos no tratamento de muitos ensaios (17).

O conteúdo dos programas de Tratamento Multidisciplinar usualmente consistem numa combinação extensa de componentes físicos, vocacionais e comportamentais e modificação da medicação usada. Geralmente, esses programas são realizados num número considerável de horas por semana, por vezes, em regime de internamento. O conteúdo desses programas e a forma como eles são rotulados e descritos varia largamente. Por exemplo, reabilitação biopsicossocial multidisciplinar, programas de reabilitação, programas de comportamento, “*back school*” ou programas de restauração funcional podem todos envolver um ou mais destes componentes (17).

A Reabilitação Biopsicossocial Multidisciplinar pode ser realizada em clínicas de dor multidisciplinares, centros de reabilitação ou em ambulatório. Inclui elementos com o objectivo de melhorar a disfunção física, os componentes psicológicos, comportamentos sociais ou relacionados com o trabalho (ocupacional). O programa de intervenção deve de ser realizado por profissionais de áreas diferentes (no mínimo 2 a 3 pessoas), em que os vários componentes são conjugados. Para tal é necessário o envolvimento de uma comunicação entre os responsáveis pelos vários componentes. No entanto, devido à dimensão moderada dos efeitos benéficos da abordagem, aliada aos potenciais altos custos monetários e em termos de tempo, duma intervenção intensiva, a decisão de referenciar para a Reabilitação Biopsicossocial e Multidisciplinar requer alguma ponderação criteriosa (24).

Em suma, o verdadeiro programa de Tratamento Multidisciplinar tem que incluir componentes médicos (tratamento farmacológico, educação), físicos (exercícios), vocacionais e comportamentais, sendo fornecido por pelo menos três profissionais de saúde com diferentes origens clínicas (médico, fisioterapeuta, psicólogo) (17).

vi) Terapêutica Psicodinâmica Interpessoal

A Terapêutica Psicodinâmica Interpessoal é uma variante da terapêutica psicodinâmica com um particular ênfase no processo interpessoal (25). A Teoria Psicodinâmica propôs que os sintomas físicos inexplicados são estratégias para proteger a pessoa de experiências traumáticas, intimidantes e/ou emocionalmente deprimentes. Se um indivíduo falha no processamento adequado de um trauma, põe-se a hipótese de que o sentimento pode ser mais tarde convertido num sintoma físico (12).

Este pode ser dividido em 3 fases (25):

1ª Fase) Enfatiza-se a construção de uma relação terapêutica através da legitimação das queixas físicas. Esta relação é alcançada pela avaliação dessas mesmas queixas, clarificação das decepções e outras experiências negativas com o sistema de saúde. Introduce-se ainda a possibilidade da existência de conjugações entre estados emocionais e queixas físicas. Os doentes são educados sobre a origem dos seus sintomas numa forma apropriada e não-catastrófica. Acrescenta-se ainda um treino de relaxamento físico que, de preferência, se mantém durante as 3 fases. Estas medidas básicas são comparáveis às actualmente aplicadas na Terapêutica Cognitivo Comportamental.

2ª Fase) Tenta-se clarificar e aprofundar a relação entre as emoções do doente e os seus sintomas, podendo mesmo discutir-se estas relações no contexto actual. A identificação de padrões disfuncionais é supostamente essencial para melhorar a regulação da auto-experiência corporal e sintomatológica.

3ª Fase) Concentra-se na conclusão: finalização de algumas questões pendentes e planeamento de terapêuticas psicológicas, sociais ou farmacológicas adicionais para os sintomas psicológicos ou sintomas físicos.

Contudo, este tratamento apresenta custos mais elevados quando comparado com cuidados médicos melhorados (26).

Alguns autores não conseguiram demonstrar uma melhoria significativa ao nível da depressão, comparando a Terapêutica Psicodinâmica Interpessoal com outras terapêuticas convencionais. Este facto sugere que, a hipótese de que melhorias do funcionamento físico se encontram relacionadas com uma melhoria da depressão está incorrecto. Outros autores descreveram a mesma independência entre doença física e depressão. No entanto, os efeitos desta terapêutica, frequentemente, aumentam após o fim do tratamento (25).

vii) Treino de Relaxamento

O Treino de Relaxamento comporta uma alternância entre tensão e relaxamento de vários grupos musculares (21).

Pressupõem-se que as capacidades de relaxamento diminuem a intensidade da dor ao permitir que os doentes modifiquem as suas próprias respostas fisiológicas relacionadas com a dor, e a diminuição da excitação simpática (22).

Existem três tipos de Treino de Relaxamento comumente empregues, por exemplo, no tratamento do Síndrome da Cefaleia Crónica:

- Relaxamento muscular progressivo;
- Treino que envolve auto-instruções para promover um estado de profundo relaxamento;
- Relaxamento meditativo ou passivo.

Um protocolo de treino pode consistir em 10 ou mais sessões terapêuticas e, ao longo do tempo, integrar as capacidades de relaxamento nas respostas do dia-a-dia, até que o relaxamento seja conseguido através de uma simples recordação e, eventualmente, se torne uma resposta automática (22). Estes protocolos incluem instruções e materiais para praticar em casa,

sendo frequente a combinação das técnicas de relaxamento com outras técnicas. Pode-se ainda associar a hipnose a este treino (22).

viii) Acupunctura

A Acupunctura é uma das formas mais antigas de terapia com raízes na antiga filosofia Chinesa, sendo, a forma mais tradicional, baseada em conceitos filosóficos. Um desses conceitos postula que, qualquer manifestação de doença é um sinal de desequilíbrio entre as forças Yin e Yang, reflectindo-se em pontos específicos da superfície cutânea, ou justamente por baixo dela (27).

Acredita-se que o restauro do equilíbrio do organismo (tratamento ou prevenção de certos sintomas) é conseguido através de uma escolha apropriada dos 361 pontos clássicos de Acupunctura, onde se procede à inserção de agulhas (27) que podem ter entre 1 a 10 cm (17). Esses pontos são definidos por algumas características específicas (coincidem com trajectos migratórios de alguns marcadores radioactivos e possuem características eléctricas especiais) (17).

Quando as agulhas são colocadas com sucesso, é suposto o doente experienciar uma sensação conhecida como Teh Chi. O Teh Chi tem sido definido como um sentimento subjectivo de plenitude, dormência, formigueiro e calor, com alguma algia local e uma sensação de distensão à volta do ponto de inserção (27).

Desde que a Acupunctura se disseminou pelo Ocidente, tem-se tornado uma das formas de Medicina Complementar e Alternativa mais usada e aceite (28), com desenvolvimento de muitos estilos diferentes (que apesar de serem similares à Acupunctura Tradicional, apresentam características distintas) (27).

Continua pouco claro o mecanismo subjacente à acção da Acupunctura, mas tem sido sugerido que esta pode actuar pelos princípios da Teoria do “*gate control*” e estimulação da

produção de endorfinas, serotonina e acetilcolina ao nível do Sistema Nervoso Central, aumentando a analgesia (27).

Existe alguma evidência de que a Acupunctura seja melhor do que nenhum tratamento ou tratamentos simulados, contudo, a maioria dos estudos não demonstrou maior eficácia do que outros tratamentos convencionais ou “alternativos” (27). A Acupunctura pode, ainda, ser adicionada a outras terapêuticas convencionais, permitindo um maior alívio da dor e melhoria da funcionalidade (27).

No que diz respeito a reacções adversas, a incidência de efeitos *minor* foi de aproximadamente 5% (27). Entre os efeitos secundários reportam-se exacerbação da dor, crises hipertensivas agudas, reacção vaso-vagal, ataques de asma com hipertensão e angina, astenia, sonolência, prurido e/ou desconforto ao nível da região puncionada, tonturas e vertigens, sensação de desmaio ou náuseas, cefaleias e dor torácica.

Os efeitos adversos graves são raros e como tal, continuam a ser reportados sob a forma de casos clínicos. Estas complicações sérias podem incluir: infecções causadas por agulhas não esterilizadas (infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, hepatites, endocardites bacterianas, osteomielites, pericondrite, septicémia...) e lesões teciduais fatais (pneumotórax, tamponamento cardíaco, lesão da medula espinhal) (27).

A prevalência das reacções adversas em todos os doentes tratados permanece ainda desconhecida (17).

Tratamento Farmacológico

Podemos ainda usar agentes farmacológicos com actividade ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC) ou ao nível dos órgãos periféricos, visando a restauração da sua função fisiológica (como por exemplo, função intestinal, diminuição da tensão muscular) (2).

Os fármacos com actividade no SNC parecem ser consistentemente mais eficazes do que outros agentes, nomeadamente, o tratamento com antidepressivos (2) no síndrome de fadiga crónica, fibromialgia e síndrome do intestino irritável (3).

Contudo, o tratamento farmacológico com alvos periféricos também apresenta bons resultados particularmente nos síndromes funcionais gastrointestinais; nos restantes, os resultados não são tão favoráveis (2).

Neste ponto serão abordados, de uma forma breve, o grupo farmacológico dos Psicofármacos Antidepressores, nomeadamente os Antidepressivos Tricíclicos, os Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina (ISRS) e os Inibidores Selectivos da Recaptação da Serotonina e Noradrenalina (ISRSN).

Os antidepressivos, de uma forma geral, apresentam propriedades farmacológicas complexas (tanto a nível central como a nível periférico), podendo exercer a sua acção em mais do que um local. Estes fármacos aparentam propriedades neuromoduladoras e analgésicas (29,30), mas o seu mecanismo de acção na dor crónica ainda não é completamente claro (31).

Os Antidepressivos Tricíclicos, em baixas doses, parecem ser eficazes em doentes com síndromes dolorosas crónicas, aliviando, por exemplo, a dor abdominal crónica nos doentes com Síndrome do Intestino Irritável (29). A Amitriptilina é o fármaco deste grupo mais frequentemente usado (32).

Os ISRS e os ISRSN bloqueiam a recaptação de neurotransmissores (serotonina e noradrenalina), modulando desta forma a sensação dolorosa, apesar das acções anti-nociceptivas não serem completamente entendidas. Estes fármacos aparentam uma eficácia

inferior aos Antidepressivos Tricíclicos (33), no entanto, o seu perfil de segurança é mais favorável do que os Antidepressivos Tricíclicos (17).

O potencial ligeiro benefício analgésico dos Antidepressivos deve ser cuidadosamente pesado devido aos efeitos secundários severos (31), devendo, por isso, ser apenas usados em doentes com sintomas graves (29) e não de uma forma rotineira (31). Em alguns estudos, as taxas de efeitos adversos reportados eram similares entre o grupo a tomar antidepressivos e o grupo a quem se administrou placebo (31).

Os efeitos adversos mais comuns dos Antidepressivos Tricíclicos são: visão desfocada, tonturas, tremores (31), sedação, efeitos anticolinérgicos (retenção urinária, quadros confusionais, aumento da pressão intraocular, mucosas secas, obstipação), hipotensão ortostática, alterações do ritmo cardíaco e agravamento de diabetes pré-existente (34).

Os ISRS, apesar de apresentarem um perfil de segurança mais favorável do que os Antidepressivos Tricíclicos (17), continuam a ter alguns efeitos secundários como ansiedade, tonturas ou vertigens, distúrbios do sono, sedação ou fadiga, distúrbios gastrointestinais (náuseas, vômitos, dispepsia, dor abdominal, diarreia/obstipação), cefaleias, diminuição/perda da libido, anorgasmia (35), sudção, xerostomia, anorexia, perda de peso/ganho ponderal, reacções de hipersensibilidade (*rash*, urticária, angioedema, anafilaxia), artralgia, mialgia, fotossensibilidade, tremores, alucinações, retenção urinária, hiponatremia (34).

Os ISRSN exibem um padrão de reacções adversas semelhante aos ISRS (34).

Resistência ao Tratamento – Amplificação e Manutenção dos Sintomas

Sintomas Resistentes ao Tratamento

Os Síndromes Somáticos Funcionais são frequentemente resistentes ao tratamento médico habitual e às medidas de alívio sintomático *standard* (3). Este facto é mais evidente nos doentes com diagnósticos realizados pelos próprios, comparativamente com outras pessoas que vivem na mesma comunidade e que reportam o mesmo género de sintomas (3).

No entanto, é necessário ter em atenção que em alguns dos doentes com Síndromes Somáticas Funcionais, medidas como controlo do alegado “agente patogénico”, repouso ou fisioterapia não conduzem a uma melhoria dos sintomas. Assim, o doente pode pensar que as restrições não são suficientemente rigorosas, entrando num ciclo vicioso em que a ineficácia do tratamento conduz a uma intensificação dos sintomas (4).

Actualmente, os doentes apresentam um menor alívio com os resultados negativos da avaliação médica e são menos receptivos tanto a explicações, que não vão de encontro aos seus ideais, como ao tratamento conservativo. Vários factores podem ter contribuído para esta mudança (2):

(i) Diminuição da autoridade e prestígio médico: os doentes não ficam satisfeitos com as garantias dadas pelo médico, nem tranquilos com as opiniões de saúde pública.

(ii) Aumento de atitudes anti-científicas.

(iii) A determinação de que um Síndrome Somático Funcional não apresenta uma base patológica já não resulta num rápido declínio da sua incidência.

(iv) Hoje em dia, as situações são fortemente moldada pelos *mass media* através de reportagens acríticas e hiperbolizadas, sobre dados preliminares, resultados temporários e experiências pessoais de doentes, transformando-os em evidências médicas. Os Síndromes Somáticos Funcionais são descritos como tendo uma dispersão endémica muito rápida e incapacitante. Em algumas reportagens pode mesmo ser afirmado que, instituições sociais

negam a existência do “problema”, de forma a ocultar a sua negligência ou culpabilidade. Este género de sensacionalismo e estado de alerta promove o aparecimento de sintomas e preocupações entre a população mais sensível a estas situações.

(v) Estes Síndromes constituem uma parte das preocupações ao nível político, legal, económico e regulador. Tornam-se, assim, uma base para acções judiciais e acções colectivas que procuram atribuir responsabilidades e culpas.

Podemos ainda ter em conta que as diferenças biológicas (por exemplo, em termos de género) influenciam a eficácia dos vários tratamentos (12)

Do ponto de vista iatrogénico, na manutenção dos Síndromes Somáticos Funcionais, torna-se importante avaliar as intervenções centradas no médico e avaliar a relação médico-doente (2).

Além disso, os Síndromes Somáticos Funcionais podem ser mantidos por factores de carácter psicossocial: factores relacionados com a personalidade que contribuem para a predisposição, comorbilidades mentais, persistente atribuição de uma causa orgânica à doença, factores relacionados com o ganho secundário (2).

Amplificação dos Sintomas

Sintomas dolorosos são omnipresentes na vida diária, resultando de disfunções benignas e doenças auto-limitadas, *stress* psicossocial, doenças psiquiátricas, e menos frequentemente, condições médicas prévias desconhecidas ou não reconhecidas

Por influência dum exame médico minucioso, preocupações de saúde pública, e alerta dos *media*, inicia-se um processo de amplificação sintomatológico que vai alterar a percepção destes sintomas endémicos.

Aprender sobre uma determinada doença que se desconhecia (por contacto pessoal com alguém doente, verbalmente ou através dos *media*) pode induzir-nos a tentar atribuir uma doença mal definida ou sintomas crónicos resistentes ao tratamento, a esta “nova” doença. Esta reatribuição amplifica os sintomas, fazendo-os parecer mais intensos, nocivos e problemáticos. A suposição de aquele alguém está seriamente doente, aumenta o auto-exame minucioso e incita a uma procura confirmatória por outros sintomas de forma a corroborar essa suspeita. Sintomas anteriormente ignorados são interpretados como mais uma evidência da presença da doença.

Segue-se um ciclo de amplificação de sintomatológico, em que a suspeita de uma doença aumenta a consciência física, percepção de sintomas e preocupações, e estes, por sua vez, reforçam a crença de que a pessoa está doente. Este processo pode ser ainda a causa da “transmissão” do síndrome de uma pessoa para a outra (3).

O sofrimento dos doentes é então exacerbado por um ciclo de auto-perpetuação e auto-validação em que os seus sintomas são incorrectamente atribuídos a alterações severas, reforçando a crença do doente de que a sua doença é grave (2).

É necessário ter, ainda, algum cuidado com a excessiva quantidade de exames médicos e tratamentos que expõem o doente a possíveis consequências iatrogénicas e amplificação dos sintomas (3).

Publicidade por parte dos *media*, clínicos especialmente dedicados a estas situações, linhas telefónicas próprias, litígio, compensações pela incapacidade, grupos de defesa do doente servem como vectores e propagam esta amplificação e reatribuição de sintomas somáticos pré-existentes (3)

Quatro factores psicossociais impulsionam este ciclo de amplificação sintomatológica

(3):

- a. A crença de que tem uma doença grave;
- b. A expectativa de que muito provavelmente a doença vai agravar;
- c. O “papel de doente”, incluindo os efeitos de litígio e compensação;
- d. Exposição alarmante da condição como catastrófica e debilitante.

Outras situações também podem contribuir para exacerbar e perpetuar os sintomas dos doentes, aumentando os seus medos e expectativas pessimistas, prolongando a sua incapacidade e reforçando o seu papel de doente (3):

- Cobertura sensacionalista por parte dos *media*;
- Sentimentos de insegurança da parte dos médicos que os assistem;
- Mobilização de partidos políticos interessados no estado dos Síndromes Somáticos Funcionais;
- Litígio;
- Abordagem clínica que enfatiza em demasia os factores biomédicos e ignora os factores psicossociais.

Algumas pessoas (como por exemplo, as que possuem histórias de trauma, que apresentam doenças psiquiátricas, que passam por eventos de *stress major* e aquelas cujos familiares ou cuidadores reforçam os seus sintomas e o seu comportamento de doença) são mais vulneráveis a este processo de amplificação (3).

Conclusão

Os Síndromes Somáticas Funcionais são uma entidade com vários factores, etiológicos e fisiopatológicos, extremamente difíceis de tratar e muito dispendiosos para a sociedade, e como tal, a sua abordagem requer um balanço entre medidas biomédicas, orientadas a um determinado órgão e cognitivas interpessoais (2). No início, recomenda-se o recurso a intervenções que permitam o alívio sintomático através de métodos psicológicos (2).

Alguns autores sugerem que o tratamento dos doentes com Síndromes Somáticas Funcionais não seja transferido completamente para os psiquiatras. Uma posição mais apropriada é retornar aos “médicos generalistas”, com uma abordagem basal ampla, auxiliada por psiquiatras e/ou psicólogos (1). Contudo, uma atitude negativa, diagnósticos falhados e a falta de tratamentos “eficazes” frustram os Médicos Generalistas, resultando em doentes ditos “difíceis de tratar” (14).

O desafio permanente será definir características individuais do doente e subgrupos que respondem melhor a uma terapêutica específica (10).

Essa avaliação e abordagem apropriadas requerem um bom entendimento teórico do problema, mas actualmente, o treino teórico e prático é insuficiente na maioria dos currículos das universidades e programas de pós-graduação para a generalidade dos médicos (15).

Outro ponto que deve ser referido é a limitação do tempo de cada consulta que as entidades gestoras dos cuidados de saúde impõem, prejudicando extremamente a relação médico-doente, factor determinante no sucesso terapêutico (36).

Se os doentes forem identificados o mais precocemente possível, seria possível intervir mais cedo no curso da sua doença, e desta forma melhorar a sintomatologia, diminuir a posição mal-adaptativa perante a doença e reduzir os custos relacionados com os cuidados de saúde (37).

Bibliografia

1. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2015 Jan 21;354(9182):936–9. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(98\)08320-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)08320-2/abstract)
2. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. England; 2007 Mar;369(9565):946–55.
3. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med*. UNITED STATES; 1999 Jun;130(11):910–21.
4. Mayou R, Farmer A. Functional somatic symptoms and syndromes. *Br Med J*. 2002;325(August):265–8.
5. Sharpe M. Cognitive Behavior Therapy for Functional Somatic Complaints. *Psychosomatics* [Internet]. Elsevier; 2015 Jan 27;38(4):356–62. Available from: [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(97\)71443-9/abstract](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(97)71443-9/abstract)
6. Jp L, Yang M, Liu Y, Mi W, Grimsgaard S. Herbal medicines for treatment of irritable bowel syndrome (Review). 2011;(1).
7. Akehurst R, Kaltenthaler E. Treatment of irritable bowel syndrome : a review of randomised controlled trials. 2001;272–82.
8. Bw E, Wk C, Dj M, Pj W. Tegaserod for the treatment of irritable bowel syndrome and chronic constipation (Review). 2008;(4).
9. Ruepert L, Ao Q, Nj DW, Gj VDH, Rubin G, Jwm M. Bulking agents , antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome (Review). 2013;(8).
10. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of Fibromyalgia Syndrome. 2004;292(19).
11. Larun L, Kg B, Jr P. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome (Review). 2015;(2).
12. Allen L a, Escobar JI, Lehrer PM, Gara M a, Woolfolk RL. Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosom Med*. 2002;64:939–50.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Fifth. 2013.
14. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation : effects on GPs ' attitudes. 2005;(May).

15. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. 2005;330(January):4–5.
16. Nard TPOY, Regimbeau C, Hamou YBEN. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. 2001;
17. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15:192–300.
18. Aj B, Ka B, Tj O, Pmj P, Cl S. Exercise for treating fibromyalgia syndrome (Review). 2008;(4).
19. Hayden J, Mw VT, Malmivaara A, Bw K. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain (Review). 2011;(3).
20. Bagnall A, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramı G. Interventions for the Treatment and. 2001;286(11):1360–9.
21. Sr K, La C, Mj Y, Paydar A. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy (Review). 2012;(6).
22. Rains JC, Penzien DB, McCrory DC, Gray RN. Behavioral headache treatment: History, review of the empirical literature, and methodological critique. *Headache*. 2005;45:92–109.
23. Li L, Xiong L, Zhang S, Yu Q, Chen M. Cognitive – behavioral therapy for irritable bowel syndrome : A meta-analysis. 2014;77:1–12.
24. Sj K, At A, Chiarotto A, Rj S, Rwjg O, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain (Review). 2014;(9).
25. Sattel H, Lahmann C, Gundel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200:60–7.
26. Chernyak N, Sattel H, Scheer M, Baechle C, Kruse J, Henningsen P, et al. Economic evaluation of brief psychodynamic interpersonal therapy in patients with multisomatoform disorder. *PLoS One*. 2014;9(1):9–12.
27. Ad F, Mw VT, Cherkin D, Tsukayama H, Lao L, Bw K, et al. Acupuncture and dry-needling for low back pain (Review). 2011;(1).
28. Steel A. Complementary and Alternative Medicine in . *J Aust Tradit Soc*. 2011;17(4):205–9.
29. Lesbros-Pantoflickova D, Michetti P, Fried M, Beglinger C, Blum a L. Meta-analysis: The treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;20:1253–69.

30. Salerno SM, Browning R, Jackson JL. The effect of antidepressant treatment on chronic back pain: a meta-analysis. *Arch Intern Med.* 2002;162:19–24.
31. Staiger TO, Gaster B, Sullivan MD, Deyo R a. Systematic Review of Antidepressants in the Treatment of Chronic Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)* [Internet]. 2003;28(22):2540–5. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed6&AN=2003480209>
32. D E, Baranowski AP, S E, Hughes J, Messelink EJ, Oliveira P, et al. Guidelines on Chronic Pelvic Pain. 2003;
33. Moja L, Cusi C, Sterzi R, Canepari C. Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) for preventing migraine and tension-type headaches (Review). 2009;(3).
34. Infarmed. *Prontuário Terapêutico-11.* 2012.
35. Marjoribanks J, Brown J, Pms OB, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome (Review). 2013;(6).
36. Spanier J a, Howden CW, Jones MP. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med.* 2003;163:265–74.
37. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. 2014;62:903–10.