



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SOFIA NEVES VIEIRA MARTINS

***A Relação Médico-Doente e a Somatização em Medicina Geral
e Familiar***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO

DEZEMBRO/2016

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÃO	2
LISTA DE ACRÓNIMOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	8
MÉTODOS	10
RESULTADOS.....	11
DEFINIÇÃO DE SOMATIZAÇÃO E CONCEITOS DERIVADOS.....	11
Perturbação de Sintomas Somáticos	12
Perturbação de Ansiedade de Doença - Hipocondria.....	14
Perturbação Conversiva.....	16
Fatores Psicológicos que afetam outras condições médicas	17
Perturbação Factícia	19
SÍNDROMES SOMÁTICOS FUNCIONAIS	21
Síndrome do Intestino Irritável	22
Síndrome de Fadiga Crónica	26
EPIDEMIOLOGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	28
ETIOPATOGENIA DA PERTURBAÇÃO DE SINTOMAS SOMÁTICOS.....	31
Fatores genéticos	31
Fatores psicossociais	31
Fatores biológicos	32
Citocinas.....	32
ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DOS SINTOMAS SOMÁTICOS	34
RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE E SOMATIZAÇÃO	40
Perspetiva do Doente.....	42
Perspetiva do Médico	44
Alterações na Relação Médico-Paciente	46
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	48
AGRADECIMENTOS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS.....	67
Anexo 1	67
Anexo 2	68
Anexo 3	69

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÃO

Ilustração 1 - <u>Alterações na classificação das perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas no DSM-5.</u> ⁽³⁾	12
Ilustração 2 - <u>Síndromes Somáticas Funcionais por especialidade.</u> ⁽⁷⁾	21
Ilustração 3 - <u>Critérios de Roma III para diagnóstico de SII.</u> ⁽¹⁰⁾	22
Ilustração 4 - <u>Critérios de Diagnóstico de Fibromialgia.</u> ⁽¹⁵⁾	24
Ilustração 5 - <u>Tender Points na Fibromialgia.</u> ⁽¹⁶⁾	25
Ilustração 6 - <u>Epidemiologia dos sintomas somáticos funcionais.</u> ⁽²⁹⁾	30
Ilustração 7 - <u>Conceptualização biopsicossocial da somatização.</u> ⁽³⁷⁾	33
Ilustração 8 - <u>Etapas do tratamento de reatribuição.</u> ⁽⁴¹⁾	36
Ilustração 9 - <u>Normas de boa prática clínica dos cuidados primários de saúde para doentes com transtorno de somatização.</u> ⁽⁴²⁾	37
Ilustração 10 - <u>Recomendações sobre o doente somático.</u> ⁽³⁷⁾	39
Ilustração 11 - <u>As três funções fundamentais do processo de "ouvir".</u> ⁽⁵⁷⁾	41
Ilustração 12 - <u>Importância da existência de uma relação pessoal entre médicos de família e os seus pacientes.</u> ⁽⁵⁴⁾	43

LISTA DE ACRÓNIMOS

APS – *American Pain Society*

AWMF – *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* – Associação das Sociedades Científico-Médicas na Alemanha

CBT – *Cognitive Behavioral Therapy* – Terapia Cognitivo-Comportamental

CID – Classificação Internacional de Doenças

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EULAR – *European League Against Rheumatism*

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

MGF – Medicina Geral e Familiar

MUS – *Medical Unexplained Symptoms*

PAD – Perturbação de Ansiedade de Doença

SFC – Síndrome de Fadiga Crónica

SII – Síndrome do Intestino Irritável

SSS – Severidade de Sintomas Somáticos

RESUMO

Introdução: O projeto de tese de mestrado apresentado enquadra-se na elaboração de um artigo de revisão sobre a somatização e o seu vínculo com a relação médico-doente. A escolha do tema prendeu-se à extensa prevalência desta enfermidade nos cuidados de saúde primários e à ambiguidade que a rodeia, visto que toda a dor, vulgo outros sintomas, significam sempre sofrimento, mas nem sempre se traduzem por doença, uma asserção que por vezes pode não ser tão clara, e até mesmo esquecida, na prática médica. Também se procurou fazer doutrina sobre as diferentes abordagens terapêuticas mais personalizadas e baseadas no indivíduo, de modo a atribuir o reconhecimento justo que a comunicação médico-doente representa quer para esta causa, quer para a prática médica transversal a qualquer situação.

Objetivos: Através de uma revisão narrativa, o projeto terá como intuítos principais a desmistificação dos sintomas psicossomáticos e a sua definição precisa, bem como a sua dualidade com outras patologias do foro psicológico; o benefício adquirido através de uma relação médico-doente mantida com qualidade e o seu efeito perlocutório positivo e ainda a visão face ao uso de outros tratamentos, farmacológicos ou não, como resolução do problema em causa.

Métodos: A seleção dos artigos constituintes da bibliografia deste artigo de revisão, foi feita através de pesquisa multimédia com recurso aos endereços do PubMed, Clinical Evidence, UptoDate, British Medical Journal, entre outros, e ainda beneficiando da biblioteca pertencente à Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar da FMUC. As palavras-chave eleitas foram “*psychosomatic symptoms*”, “*somatization*” e “*somatic functional syndrome*”, articuladas com e sem “*doctor-patient relationship*”, “*primary care*” e “*general practice*” (vulgo “GP”). Também foram utilizadas “*fibromyalgia*”, “*chronic fatigue syndrome*” e

“*irritable bowel syndrome*”, aquando da pesquisa acerca de sintomas somáticos funcionais. A triagem dentro dos artigos com as citações supracitadas foi realizada mediante a condição de bibliografia recente e válida, publicados em data inferior a 10 anos, ou seja, neste projeto beneficiaram-se resultados adquiridos a partir de 2006. Procurou-se também enfatizar a documentação de autoria portuguesa, mas também proveniente dos Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá e Alemanha.

Conclusões: Por fim, perante a concretização do projeto de tese mediante os métodos acima descritos, é possível inferir-se sobre o efeito amplamente positivo entre uma relação médico-doente desenvolvida com mérito e a resolução da patologia relacionada com a somatização. Foi também exequível determinar a frustração e insatisfação sentidas por médicos dos cuidados de saúde primários quando confrontados com doentes com este tipo de problemas. Verificou-se que os doentes prezam sobretudo o apoio emocional fornecido pelo seu médico de família, em detrimento de uma explicação para o seu problema ou uma terapêutica farmacológica eficaz.

Palavras-chave: Sintomas Psicossomáticos; Somatização; Síndrome Somático Funcional; Relação Médico-Doente; Cuidados de Saúde Primários; Medicina Geral e Familiar; fibromialgia; Síndrome da Fadiga Crónica; Síndrome do Intestino Irritável.

ABSTRACT

Introduction: The present master thesis project pretends to conceive a revision article about somatization and its bond with the doctor-patient relationship. The theme was chosen due to the extensive prevalence of this disease in the primary care as well as the ambiguity attached to this term, since pain and other symptoms, mean always suffering, but not always translate into illness, an accession that isn't clarified (and sometimes forgotten) at medical practice. There was an attempt to theorize about the different therapeutical approaches, more personalized and based on the individual, so it's given the proper recognition to the communication between doctor and patient in this particular cause, whereas in the entire medical practice domain.

Objectives: Through a narrative revision, the project has as its main purposes the demystification and the precise definition of somatization, as well as its differential diagnosis with other psychiatric disorders; the acquired beneficial through a doctor-patient relationship sustained with quality and its positive perlocutionary effect and other potential treatments, pharmacological or not, as a settling to the main problem.

Methods: The selection of the articles used in this revision article, was settled through multimedia research with resource to PubMed, Clinical Evidence, UptoDate, British Medical Journal, and others, using the library of the Familiar and General Medicine course. The used key-words were "psychosomatic symptoms", "somatization" and "somatic functional syndrome", articulated with or without "doctor-patient relationship", "primary care" and "general practice" ("GP"). "Fibromyalgia", "chronic fatigue syndrome" and "irritable bowel syndrome" were also used when searching for "somatic functional syndrome".

The main condition to elect the bibliography used in this thesis was its date, being no longer than 10 years (since 2006). An effort was made to emphasize documentation from Portugal, as well as from the United States of America, England, Canada and Germany.

Conclusions: At last, beholding the completion of this project, it was possible to conclude that a doctor-patient relationship developed with merit will lead to a significant positive effect and the resolution of the somatization related pathology.

From the doctor's perspective, it was perceived that there were signs of frustration and dissatisfaction when dealing with this kind of patients. The people who suffer from somatization related disorders admitted looking mainly for emotional support instead of an explanation for their problem or an effective pharmacological treatment.

Key-words: “psychosomatic symptoms”; “somatization”; “somatic functional syndrome”; “doctor-patient relationship”; "primary care"; “general practice”; “GP”; “fibromyalgia”, “chronic fatigue syndrome”; “irritable bowel syndrome”.

INTRODUÇÃO

Procurando perceber o significado de “somatização”, chega-se à conclusão que o termo e consequente definição têm sido alvo de inúmeras controvérsias ao longo dos anos, tendo sido reformulado extensamente pela literatura médica, chegando a ser considerada por Lipowski como um dos enigmas não decifrados pela Medicina, já que se encontrava no limiar entre a mente o corpo. A somatização também foi definida por este autor como a tendência para experienciar e comunicar o sofrimento somático em resposta a stress psicossocial e a resultante procura do parecer médico, representando assim um problema médico, social e económico *major*.⁽¹⁾

Deste modo, e dada a dificuldade presente para definir precisamente o termo em estudo, procurou-se examinar a sua definição, investigando nessa revisão as validades dos critérios de diagnóstico das várias patologias incluídas na categoria de Perturbação dos Sintomas Somáticos e outras Relacionadas, conceito este, introduzido pelo DSM-V.⁽²⁾ Decidiu-se também aprofundar a abordagem de Síndromes Somáticas Funcionais, nomeadamente da Fibromialgia, Síndrome da Fadiga Crónica e Síndrome do Intestino Irritável, que mesmo não sendo abordadas pelo DSM-V, visto constituírem entidades patológicas definidas por critérios diagnósticos precisos noutras especialidades médicas, para além da Psiquiatria.

Designou-se assim, um argumento particular para o estudo desta matéria, não só fundamental, mas que no contexto deste fenómeno, desempenhasse um papel de relevo, em termos clínicos e económicos, na abordagem desta temática mediante o planeamento dos cuidados de saúde primários. Optou-se então, pela vertente da relação médico-doente e a sua repercussão num doente que apresentasse qualquer doença da somatização. Esta repercussão subentende-se não só pelo seu efeito no diagnóstico, tratamento e prognóstico do paciente

“somatizador”, mas também ambiciona relatar os pontos positivos e negativos quer da perspetiva do utente, quer da perspetiva médica.

Outro dos alvos propostos nesta Tese de Mestrado compreende um apuramento da epidemiologia da somatização na realidade dos cuidados de saúde primários e a sua vinculação com outras patologias do foro psiquiátrico, nomeadamente a ansiedade e depressão.

Procurou-se averiguar a etiologia e fenómenos fisiopatológicos subjacentes ao aparecimento dos sintomas psicossomáticos, de modo a tentar apresentar uma explicação patogénica da dicotomia mente-corpo exposta por Lipowski⁽¹⁾ como elucidação para o fenómeno ocorrido aquando da apresentação de perturbações dos sintomas somáticos.

Por fim, com vista a colmatar a presente tese, dissertou-se sobre as diferentes formas terapêuticas, farmacológicas ou não, e as suas associações mais eficazes para o tratamento da patologia em estudo.

MÉTODOS

A seleção dos artigos constituintes da bibliografia deste artigo de revisão, foi feita através de pesquisa multimédia de artigos com recurso aos endereços do *PubMed*, *Clinical Evidence*, *UptoDate*, *British Medical Journal*, entre outros, e ainda beneficiando da biblioteca pertencente à Unidade Curricular de Medicina Geral e Familiar da FMUC, com a consulta de quatro tratados sobre essa mesma área científica.

Os termos de pesquisa eleitos foram “*psychosomatic symptoms*”, “*somatization*” e “*somatic functional syndrome*”, articuladas com e sem “*doctor-patient relationship*”, “*primary care*” e “*general practice*” (vulgo “GP”). Também foram utilizadas “*fibromyalgia*”, “*chronic pain syndrome*” e “*irritable bowel syndrome*”, aquando da pesquisa acerca de sintomas somáticos funcionais.

A triagem dentro dos artigos com as citações supracitadas foi realizada mediante a condição de bibliografia recente e válida, publicados em data inferior a 10 anos, ou seja, neste projeto beneficiaram-se resultados adquiridos a partir de 2006. No entanto, mesmo que a data da sua publicação não integrasse o intervalo de tempo proposto, foram utilizados artigos, mesmo que não cumprissem os critérios supracitados, devido à sua relevância clínica e atualidade. Em suma, o intervalo de tempo da bibliografia utilizada corresponde ao período entre 1964 e 2016.

Procurou-se também enfatizar a documentação de autoria portuguesa, mas também proveniente dos Estados Unidos da América, Inglaterra, Canadá e Alemanha.

RESULTADOS

DEFINIÇÃO DE SOMATIZAÇÃO E CONCEITOS DERIVADOS

Perante a evolução dos diversos campos da área da Medicina, certos conceitos sempre entraram em conflito sobre si mesmos. Este é o caso dos sintomas somáticos e a somatização que sofreram variadas alterações conceptuais e diagnósticas com o passar do tempo, tendo mesmo chegado a estar incluídas num quadro clínico de histeria até ao DSM-II, díspar do utilizado na atualidade.

A modificação mais relevante ao longo da história desta definição, foi a passagem de transtornos somatoformes, descrito no DSM-IV, para o recente transtorno de sintomas somáticos apresentado pelo DSM-V. Esta renovação foi atribuída, segundo o DSM-V, ao facto de o termo do DSM-IV “transtornos somatoformes” ser considerado dúbio. No DSM-IV, os transtornos somatoformes estavam associados a uma falta de clareza acerca das fronteiras dos diagnósticos e embora indivíduos com esses transtornos se apresentassem essencialmente em contextos gerais de saúde e não mentais, médicos não psiquiatras consideravam os diagnósticos somatoformes do DSM-IV difíceis de entender e usar. A classificação atual do DSM-V reconhece tal sobreposição ao reduzir o número total de transtornos, bem como as suas subcategorias.⁽²⁾

A somatização está descrita, no DSM-IV, na categoria de Perturbações Somatoformes, que engloba ainda a perturbação da dor, hipocondria, perturbação da conversão e perturbação dismórfica corporal. Por outro lado, segundo o DSM-V esta encontra-se relatada nas Perturbações de Sintomas Somáticos e relacionadas, em conjunto com a perturbação da ansiedade de doença (PAD), perturbação de conversão, fatores psicológicos afetando outras condições médicas e perturbação factícia.

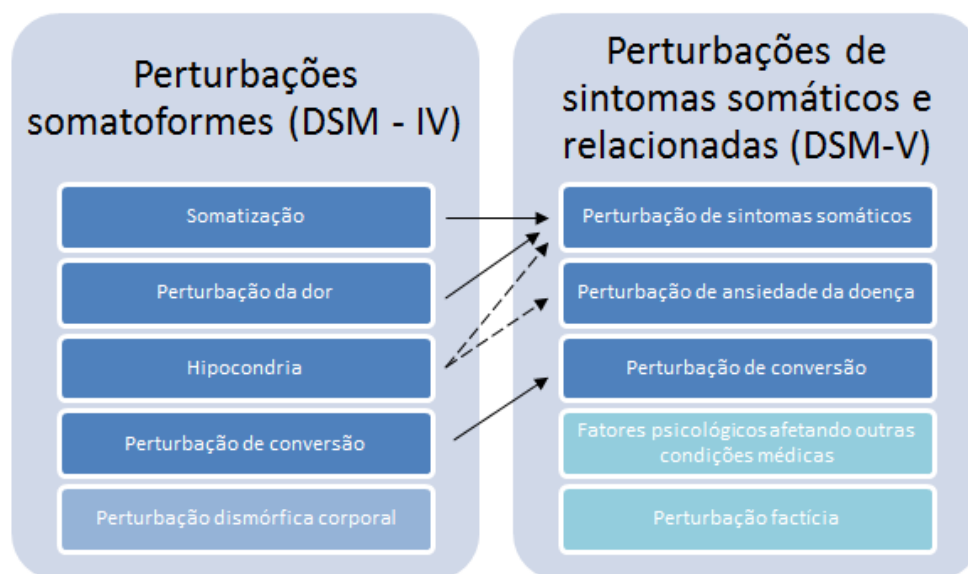


Ilustração 1 - Alterações na classificação das perturbações de sintomas somáticos e perturbações relacionadas no DSM-5.⁽³⁾

Perturbação de Sintomas Somáticos

O DSM-V veio menosprezar o carácter central dos “sintomas medicamente não explicados”, concebendo uma perturbação que engloba os sintomas físicos e as alterações características dos pensamentos, emoções e comportamentos associados.

Segundo Saraiva, é uma patologia caracterizada por um grupo de sintomas físicos heterogéneos de origem psicológica que se traduzem em pensamentos, emoções e comportamentos causadores de angústia e ansiedade.⁽³⁾

De acordo com o DSM-V, o transtorno de sintomas somáticos tem por base sinais e sintomas positivos (sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas) em vez da ausência de uma justificação médica para sintomas somáticos. O que caracteriza indivíduos com transtorno de sintomas somáticos não são os sintomas somáticos em si, mas como eles se apresentam e como são interpretados. A integração de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais

nos critérios do transtorno de sintomas somáticos, proporciona uma reflexão mais abrangente e distinta do verdadeiro quadro clínico, relativamente à avaliação e interpretação de apenas queixas somáticas.⁽²⁾

A Classificação Internacional das Doenças (CID-10), refere-se à somatização na categoria F45 – Perturbações Somatoformes, como: “A principal característica é a apresentação repetida de sintomas físicos associada a pedidos persistentes de investigação médica, apesar de achados repetidamente negativos e tranquilizações pelos médicos de que os sintomas não têm uma causa física. Se estiverem presentes algumas perturbações físicas, elas não explicam a natureza ou a gravidade dos sintomas ou a tensão e/ou a preocupação do doente”.⁽⁴⁾

Por outro lado, a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC-2), dispõe todas as perturbações de somatização numa única rubrica (P75-Somatização) que inclui hipocondria, pseudociese, histeria e os distúrbios de conversão que não fazem parte da categoria F45 (da CID-10), mas antes das Perturbações Dissociativas (conversão) (F44), tornando-se por isso uma classificação menos rígida. Esta define somatização segundo “uma preocupação com a apresentação repetida de sintomas e queixas físicas, assim como pedidos insistentes de exames médicos, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos médicos. Este requer a apresentação ao médico de família de sintomas físicos múltiplos, recorrentes e mudando frequentemente durante um período de pelo menos um ano”.⁽⁵⁾

Tendo por base que o diagnóstico é, e sempre foi, o cerne da cultura e educação médica, entende-se que a criação de normas para a classificação das diversas patologias são essenciais para a implementação da terapêutica. Os critérios de diagnóstico exercidos pelo DSM-V, são os seguintes:

- A. “Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.

B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:

1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.

2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.

3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.

C. Embora alguns dos sintomas somáticos possam não estar continuamente presentes, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).

Especificar se: Com dor predominante (anteriormente transtorno doloroso): Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especificar se: Persistente: Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, prejuízo marcante e longa duração (mais de seis meses).

Especificar a gravidade atual: **Leve:** Apenas um dos sintomas especificados no Critério B é satisfeito. **Moderada:** Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos. **Grave:** Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos, além da presença de várias queixas somáticas”.⁽²⁾

Perturbação de Ansiedade de Doença - Hipocondria

A CID-10 (F45.2) define hipocondria como preocupação persistente com a possibilidade de ter uma ou mais perturbações físicas progressivas e graves. O doente manifesta queixas somáticas ou uma preocupação com a sua aparência física. Sensações e aparências normais e comuns são interpretadas pelos doentes como anormais e a atenção é

focada em apenas um ou dois órgãos ou sistemas corporais. Frequentemente, estão presentes depressão e ansiedade marcadas que podem justificar diagnósticos adicionais.⁽⁴⁾

A definição de perturbação de ansiedade de doença foi recentemente empregue pelo DSM-V, de modo a discriminar entre transtorno de sintomas somáticos e hipocondria (termo referido no CID-10). Este diagnóstico deve ser considerado, caso o indivíduo tenha preocupações extensas a respeito da saúde, porém nenhum sintoma somático ou apenas sintomas somáticos mínimos.⁽²⁾

Critérios de Diagnóstico (DSM-V)

- A.** Preocupação com ter ou contrair uma doença grave.
- B.** Sintomas somáticos não estão presentes ou, se estiverem, são de intensidade apenas leve. Se uma outra condição médica está presente ou há risco elevado de desenvolver uma condição médica (p. ex., presença de forte história familiar), a preocupação é claramente excessiva ou desproporcional.
- C.** Há alto nível de ansiedade em relação à saúde, e o indivíduo é facilmente alarmado a respeito do estado de saúde pessoal.
- D.** O indivíduo tem comportamentos excessivos relacionados com a saúde (p. ex., verificações repetidas do corpo procurando sinais de doença) ou exhibe evitação mal-adaptativa (p. ex., evita consultas médicas e hospitais).
- E.** Preocupação relacionada a doença presente há pelo menos seis meses, mas a doença específica que é temida pode mudar nesse período.
- F.** A preocupação relacionada a doença não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno de sintomas somáticos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno dismórfico corporal, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno delirante, tipo somático.

Determinar o subtipo:

Tipo busca de cuidado: O cuidado médico, incluindo consultas ao médico ou realização de exames e procedimentos, é utilizado com frequência.

Tipo evitação de cuidado: O tratamento médico raramente é utilizado.

Perturbação Conversiva

O transtorno conversivo caracteriza-se pela perda de função (p. ex., de um membro) como sintoma inaugural, enquanto no transtorno de sintomas somáticos o foco é no sofrimento que os sintomas específicos causam. O Critério B de transtorno de sintomas somáticos pode ser útil para diferenciar os dois transtornos.⁽²⁾

Segundo CID-10, transtorno conversivo ou dissociativo remete para a perda total ou parcial da normal integração entre memórias do passado, percepção da identidade e sensações imediatas, e controlo dos movimentos corporais.⁽⁴⁾

Critérios de Diagnóstico (DSM-V)

- A.** Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada.
- B.** Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.
- C.** O sintoma ou défice não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.
- D.** O sintoma ou défice causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo ou requer avaliação médica.

O código da CID-10-MC depende do tipo de queixa, caracterizando o transtorno conversivo de acordo com o sintoma manifestado:

(F44.4) Com fraqueza ou paralisia

(F44.4) Com movimento anormal (p. ex., tremor, movimento distónico, mioclonia, distúrbio da marcha)

(F44.4) Com sintomas de deglutição

(F.44.4) Com sintoma de fala (p. ex., disfonia, fala arrastada)

(F.44.5) Com ataques ou convulsões

(F.44.6) Com anestesia ou perda sensorial

(F.44.6) Com sintoma sensorial especial (p. ex., perturbação visual, olfativa ou auditiva)

(F44.7) Com sintomas mistos

Especificar se:

- Episódio agudo: Sintomas presentes há menos de seis meses.
- Persistente: Sintomas ocorrendo há seis meses ou mais.

Especificar se:

- Com fator de stress psicológico (especificar o fator).
- Sem fator de stress psicológico.⁽²⁾

Fatores Psicológicos que afetam outras condições médicas

O DSM-V introduziu pela primeira vez este diagnóstico para caracterizar fatores psicológicos que afetam outras condições médicas. Corresponde à presença de um ou mais fatores psicológicos ou comportamentais clinicamente significativos que afetam adversamente uma condição médica ao aumentar o risco de sofrimento, morte ou incapacidade, quer

constituindo um fator adicional de risco claro à saúde, quer influenciando a própria fisiopatologia subjacente. ⁽²⁾

CrITÉRIOS de DiagnÓstico (DSM-V)

A. Um sintoma ou condição médica (outro que não uma perturbação mental) está presente.

B. Fatores psicológicos ou comportamentais afetam de maneira adversa a condição médica em uma das seguintes maneiras:

1. Os fatores influenciaram o curso da condição médica conforme demonstrado por uma associação temporal próxima entre os fatores psicológicos e o desenvolvimento, a exacerbação ou a demora na recuperação da condição médica.

2. Os fatores interferem no tratamento da condição médica (p. ex., m adesão).

3. Os fatores constituem riscos de saúde adicionais claros ao indivíduo.

4. Os fatores influenciam a fisiopatologia subjacente, precipitando ou exacerbando sintomas e demandando atenção médica.

C. Os fatores psicológicos e comportamentais do Critério B não são mais bem explicados por um transtorno mental (p. ex., transtorno de pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de stress ps-traumático).

Especificar a gravidade atual:

Leve: Aumenta o risco médico (p. ex., adesão inconsistente ao tratamento anti-hipertensivo).

Moderada: Agrava a condição médica subjacente (p. ex., ansiedade agravando a asma).

Grave: Resulta em hospitalização ou consulta em emergência.

Extrema: Resulta em risco grave potencialmente fatal (p. ex., ignora sintomas de enfarte agudo do miocárdio).⁽²⁾

Perturbação Factícia

O diagnóstico de Perturbação Factícia inclui a falsificação de sinais e sintomas médicos ou psicológicos em si mesmo ou em outro associado a fraude identificada.⁽²⁾

É importante diferenciar esta patologia da “simulação de doença”, onde o doente procura recompensas materiais ou evicção de responsabilidades.⁽³⁾

Critérios de Diagnóstico (DSM-V)

Transtorno Factício Autoimposto

A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença, associada a fraude identificada.

B. O indivíduo apresenta-se a outros como doente, incapacitado ou lesionado.

C. O comportamento fraudulento é evidente mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.

D. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica.

Especificar se:

- Episódio único.

- Episódios recorrentes (dois ou mais eventos de falsificação de doença e/ou indução de lesão).

Transtorno Factício Imposto a Outro (Antes Transtorno Factício por Procuração)

A. Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença em outro, associada a fraude identificada.

B. O indivíduo apresenta outro (vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.

C. O comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.

D. O comportamento não é mais bem explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outro transtorno psicótico.

É importante esclarecer que é o agente, não a vítima, que recebe esse diagnóstico.⁽²⁾

SÍNDROMES SOMÁTICOS FUNCIONAIS

A importância da abordagem deste tema na seguinte tese remete para a evidência de que tal como as perturbações somatoformes, também os síndromes somáticos funcionais podem incluir-se na categoria de sintomas medicamente não explicados, apesar de não ser consensual, segundo *Quartilho*.⁽⁶⁾ Esta característica confere-lhes o estatuto de patologia para a qual não existe explicação médica, no entanto, nem sempre lhe podemos atribuir o significado psicológico para o qual existe tendência de o fazer.

Sabe-se que existe pelo menos uma síndrome somática funcional em quase todas as especialidades, chegando mesmo a possuir critérios de diagnóstico oficiais, como o caso da fibromialgia, síndrome da fadiga crónica e intestino irritável.⁽⁶⁾

Functional somatic syndromes by speciality	
Gastroenterology	Irritable bowel syndrome, non-ulcer dyspepsia
Gynaecology	Premenstrual syndrome, chronic pelvic pain
Rheumatology	Fibromyalgia
Cardiology	Atypical or non-cardiac chest pain
Respiratory medicine	Hyperventilation syndrome
Infectious diseases	Chronic (postviral) fatigue syndrome
Neurology	Tension headache
Dentistry	Temporomandibular joint dysfunction, atypical facial pain
Ear, nose, and throat	Globus syndrome
Allergy	Multiple chemical sensitivity

Ilustração 2 - Síndromes Somáticas Funcionais por especialidade.⁽⁷⁾

Síndrome do Intestino Irritável

O Síndrome do Intestino Irritável (SII) é caracterizado por dor ou desconforto abdominal recorrente e hábitos intestinais alterados, sendo um dos síndromes mais frequentemente vistos por gastroenterologistas e médicos de família, com uma prevalência mundial de 10 a 15%, num ratio de mulher-homem de 2:1.^(8,9) citado por⁽¹⁰⁾ A SII pode-se desenvolver em cerca de 10-15% dos casos de enterite infecciosa aguda.⁽⁸⁾

Na ausência de causas orgânicas para o quadro apresentado, esta patologia é referida como funcional e caracterizada com base nos Critérios de Roma.

The Rome Diagnostic Criteria for Irritable Bowel Syndrome (IBS).*
Recurrent abdominal pain or discomfort at least 3 days per month for the past 3 months, associated with two or more of the following: Improvement with defecation Onset associated with a change in frequency of stool Onset associated with a change in form (appearance) of stool

Ilustração 3 - Critérios de Roma III para diagnóstico de SII.⁽¹⁰⁾

Em conjunto com a SII podem existir outras patologias, como a ansiedade e depressão, mas também outros síndromes somáticos funcionais, como é o caso da fibromialgia,⁽¹¹⁾ dor pélvica crónica e cistite intersticial, que contribuem para um uso excessivo dos cuidados de saúde primários e para uma deterioração consequente da qualidade de vida.⁽¹²⁾

Os fatores de risco para o aparecimento de SII consistem no sexo feminino, gastroenterite de longa duração e a presença de fatores sociais.

Apesar da sua fisiopatologia se encontrar ainda por esclarecer, crê-se que as alterações da motilidade intestinal e o equilíbrio entre a absorção e secreção poderão explicar os hábitos intestinais característicos da patologia, e que por sua vez, poderão ser consequência de irregularidades do sistema recetor da serotonina intestinal.^(8,10) Biópsias da mucosa de

pacientes com diagnóstico de SII mostram inflamação moderada e persistente, definida por um número aumentado de células inflamatórias na lâmina própria e células enteroendócrinas libertadoras de serotonina na mucosa.⁽¹³⁾

Quanto ao seu diagnóstico, este pode ser realizado exclusivamente com uma anamnese cuidadosa e um exame físico completo, tendo o cuidado de excluir sinais de alarme como retorragias, perda de peso, história familiar de cancro do cólon e primeiro surto de sintomas após os 50 anos. É necessário descartar diagnósticos diferenciais prováveis como a doença celíaca, doença de Crohn atípica e colite microscópica e colagenose.⁽¹⁰⁾

A terapêutica sintomática da SII inclui antiespasmódicos, probióticos, antidiarreicos, laxantes e estimuladores secretórios, antidepressivos tricíclicos e inibidores da recaptção da serotonina para a dor. A terapia cognitivo-comportamental (CBT) é um ponto-chave no tratamento desta doença, sendo o método de abordagem mais eficaz.⁽¹⁰⁾

O tratamento etiológico compreende-se no uso de antagonistas dos receptores 5-HT₃ da serotonina (Alosetron, Cilansetron) e agonistas dos receptores 5-HT₄ (Tegaserod, ATI-7505).⁽⁸⁾

Fibromialgia

Ao longo do tempo, a fibromialgia teve diversas interpretações diagnósticas e etiológicas, chegando mesmo a ser posta em causa a sua verdadeira existência como patologia. A *American College of Rheumatology* definiu critérios para a sua classificação há mais de 20 anos, que por sua vez vieram a sofrer algumas alterações até aos dias que correm.⁽¹⁴⁾

Esta patologia representa um problema comum de saúde que causa dor e sensibilidade ao toque em vários locais do corpo. Porém, outros sintomas podem acompanhar este quadro clínico, como a astenia severa, alterações dos padrões de sono e problemas de memória.

Também podem ser encontrados vestígios de ansiedade e depressão, *migraine* ou cefaleias de tensão, bexiga hiperativa, dor pélvica, SII ou disfunção da articulação temporo-mandibular.

O diagnóstico deve ser precedido por uma história clínica criteriosa e cuidada, com uma descrição precisa e detalhada da dor. Este passo pode auxiliar a exclusão de diagnósticos diferenciais como a polimialgia reumática, hipotireoidismo, artrite reumática e lúpus. Todavia estas patologias são caracterizadas por quadros clínicos diferentes e têm exames complementares de diagnóstico (ECD) específicos que ajudam à sua determinação.⁽¹⁵⁾

Frequentemente, a fibromialgia tem uma anamnese e exame físico característicos que obedecem a critérios de diagnóstico singulares, como os apresentados no quadro seguinte.

1. Pain and symptoms over the past week, based on the total of number of painful areas out of 19 parts of the body plus level of severity of these symptoms: a. Fatigue b. Waking unrefreshed c. Cognitive (memory or thought) problems Plus number of other general physical symptoms
2. Symptoms lasting at least three months at a similar level
3. No other health problem that would explain the pain and other symptoms

Ilustração 4 - Critérios de Diagnóstico de Fibromialgia.⁽¹⁵⁾

Em 1990, os critérios eram definidos pela pesquisa dos pontos dolorosos – *tender points* – em pontos anatómicos específicos como as inserções dos músculos suboccipitais, o ponto médio do bordo superior do trapézio, acima do bordo médio da escápula, quadrante superior dos glúteos (posteriormente à proeminência trocantérica), espaço anterior intertransverso de C5 e C7, segunda articulação costochondral, epicôndilos laterais e na porção proximal da articulação do joelho. O diagnóstico era estabelecido se 11 dos 18 pontos

pesquisados despoletassem dor à compressão.⁽¹⁶⁾ No entanto, como a sua pesquisa era feita muito raramente e de maneira incorreta, foi necessário definir novos critérios (Anexo 1).⁽¹⁴⁾



Ilustração 5 - Tender Points na Fibromialgia.⁽¹⁶⁾

Tal como a sua definição e diagnóstico, também o seu tratamento tem vindo a suscitar dúvidas constantes. Häuser comparou os resultados da terapêutica aconselhada por três guidelines diferentes – *American Pain Society (APS)*, *European League Against Rheumatism (EULAR)* e *Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF)*. Detetaram-se inúmeras semelhanças entre a APS e AWMF, nomeadamente na terapêutica de primeira linha, constituída por exercício aeróbico, CBT e amitriptilina. Contudo, a terapêutica proposta pela EULAR (Anexo 2) favorecia sobretudo o tratamento farmacológico, incluindo amitriptilina, tramadol, fluoxetina, duloxetina, milnacipran, moclobemida, pirlindol, tropisetron, pramiprexole, e pregabalina.⁽¹⁷⁾

Síndrome de Fadiga Crónica

A fadiga corresponde a 20% dos motivos de consulta nos cuidados de saúde primários. Caracteriza-se maioritariamente por ser autolimitada e justificável por outras condições médicas, no entanto, quando não é possível atribuir uma etiologia plausível para esse sintoma, poderemos estar na presença de um síndrome de fadiga crónica (SFC).⁽¹⁸⁾ citado por ⁽¹⁹⁾

Esta patologia revela um carácter mais ambíguo comparativamente com o SII e a fibromialgia, devido à ausência de um padrão clínico e diagnóstico específico e ainda a sua semelhança com outras doenças (brucelose crónica, neuroastenia, encefalomielite miálgica, etc.).⁽⁶⁾

O SFC é determinado por sintomas de astenia moderada a grave, incapacitante, com duração de pelo menos 6 meses e a ausência de outra condição médica que explique este sintoma. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas devem ser testemunhados: cefaleias, sono não reparador, mialgias, poliartralgia, odinofagia, amnésia, falta de concentração, fadiga prolongada pós-exercício, toracalgia atípica, sudorese e febrícula.^(18,19)

Tal como os outros síndromes somáticos funcionais descritos, a etiopatogenia da doença ainda está por esclarecer, apesar de diferentes teses serem defendidas acerca dessa temática.⁽¹⁹⁾

Recomenda-se vivamente a realização de uma anamnese cuidada juntamente com um exame físico aprofundado e subsequente avaliação neurológica e psicológica.⁽²¹⁾

O tratamento é baseado na amenização dos sintomas e inclui o uso de fármacos e métodos de *coping*, como a terapia cognitivo-comportamental e programas de exercício faseados. O tratamento farmacológico tem sido alvo de diversas contestações, sendo que a maior parte dos medicamentos usados não mostraram benefícios nenhuns. No entanto, e apesar de certos estudos não corroborarem o seu uso, os antidepressivos podem ter efeitos

razoáveis. No que concerne às queixas musculoesqueléticas, o acetaminofeno e os anti-inflamatórios não-esteróides favoreceram algum alívio.⁽²¹⁾

EPIDEMIOLOGIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A somatização constitui o quarto problema mais frequente nas consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF), sendo por isso, motivo de grande interesse quanto ao seu correto diagnóstico e subsequente tratamento.

Estima-se que 25 a 75% das visitas ao médico de família derivam de problemas psicossociais com apresentação somática.⁽²²⁾ Sendo que, Collyer defendeu que os pacientes que recorriam ao Centro de Saúde por doença emocional, correspondiam a 28% dos seus utentes e ocupavam cerca de 48% do seu tempo de consulta.⁽²³⁾

Já o *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) demonstrou que 58% de pacientes diagnosticados com 13 transtornos psiquiátricos de 5 populações diferentes, tinham recorrido ao seu médico de família nos últimos seis meses, pelo menos uma vez, enquanto em comparação com pacientes sem patologia do foro psiquiátrico, estes tinham utilizado os serviços de saúde o dobro das vezes.⁽²⁴⁾

Adicionalmente, Cummings e VandenBos determinaram que cerca de 60% dos pacientes que se apresentam nos cuidados de saúde primários com sintomatologia somática resultava etiológicamente de *stress* psicossocial.⁽²⁵⁾

Sadock argumentou, ainda, que cerca de dois terços dos pacientes com perturbação dos sintomas somáticos tinham outros sintomas psiquiátricos identificáveis e metade tinham patologia psiquiátrica diagnosticada. Demonstrando assim que os transtornos mentais e situações de elevado stress psicológico estão largamente associados com o desenvolvimento de sintomas somáticos, quer como sua manifestação inicial ou ocorrendo paralelamente com o aparecimento destes, não excluindo a sua apresentação espontânea na ausência de qualquer outra doença.⁽²⁶⁾

Similarmente, um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizado em 14 países, verificou que os sintomas somáticos eram os motivos de consulta em 69% dos doentes que obedeciam a critérios diagnósticos de depressão major.⁽²⁷⁾

Salienta-se então que, quando designados como primeira manifestação de perturbação depressiva major ou de ansiedade, os sintomas somáticos são considerados como um fator de pior prognóstico.⁽³⁾

No entanto, apesar da vultuosa relação entre somatização e essas perturbações, os padrões de associação não demonstram convincentemente que a perturbação de sintomas somáticos reflita subtipos dessas mesmas patologias.⁽²⁸⁾

Saraiva defende que a PSS é mais frequente no sexo feminino, em estratos socio-económicos mais baixos, em níveis de escolaridade inferiores e na presença de eventos de vida adversos. Sendo que o seu início estabelece-se maioritariamente na adolescência e é fortuito o seu aparecimento depois dos 30 anos.⁽³⁾

Relativamente aos sintomas somáticos mais referidos nas consultas de Medicina Geral e Familiar, podem-se nomear os seguintes: sintomas constitucionais, cefaleias, tonturas, dores abdominais ou das extremidades.⁽²²⁾ Kroenke demonstrou a incidência e evolução de 14 sintomas comuns numa consulta de Medicina Geral e Familiar, em 1000 doentes consecutivos, ao longo de 3 anos. Constatou-se o aparecimento de 567 novas queixas e o recurso a exames complementares de diagnóstico em mais de 2/3 dos casos. Foi assinalada uma etiologia indeterminada em 74% do total dos casos. Concluiu-se que os custos da investigação complementar foram abusivos, principalmente nos casos de cefaleias e lombalgias.⁽²⁹⁾

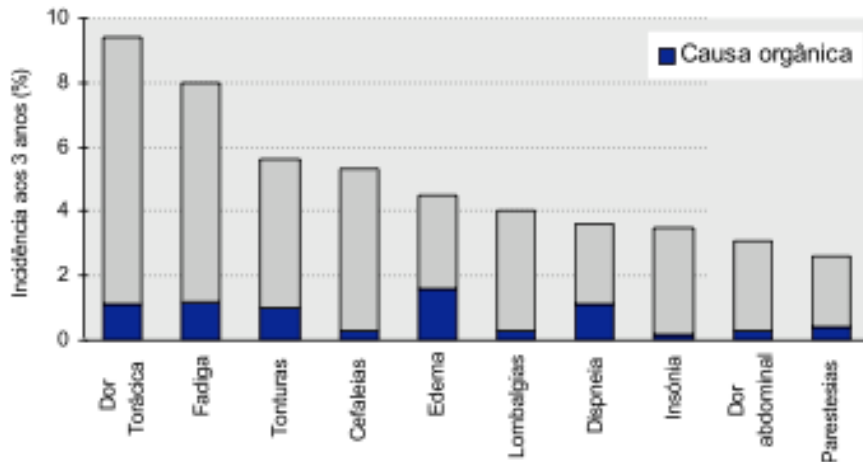


Ilustração 6 - Epidemiologia dos sintomas somáticos funcionais.⁽²⁹⁾

ETIOPATOGENIA DA PERTURBAÇÃO DE SINTOMAS SOMÁTICOS

As causas da perturbação de sintomas somáticos permanecem atualmente desconhecidas, no entanto, Saraiva aponta para um conjunto de fatores que podem influenciar o seu aparecimento: fatores genéticos, psicossociais, biológicos e citocinas.⁽³⁾

Fatores genéticos

Torgersen demonstrou uma taxa de concordância da perturbação de sintomas somáticos maior em gémeos monozigóticos do que em gémeos dizigóticos. A amostra, apesar de pequena, revelou que a taxa de concordância para gémeos monozigóticos era de 29%, enquanto para dizigóticos era 10%.⁽³⁰⁾ No entanto, apesar de vários estudos corroborarem que os fatores genéticos representam um papel substancial, outros admitem que o aparecimento deste distúrbio é predominantemente devido a fatores psicossociais e ambientais.⁽³¹⁾

Fatores psicossociais

Silber constatou que a somatização corresponde a um comportamento de aprendizagem, sendo que tem início na infância, quando se dá maior importância a queixas somáticas em detrimento da expressão de sentimentos fortes como a ansiedade, o medo, a inveja e a raiva. Nesse tipo de ambiente, a criança pode desmazelar repetidamente o *stress* emocional e focar-se apenas no sintoma físico que o acompanha.⁽³²⁾

Estudos realizados em crianças com sintomas somáticos demonstraram que o *stress* foi determinado como um fator “gatilho” importante, muitas vezes associado a pressão psicológica por parte dos pais.⁽³²⁾ citado de⁽³³⁾

Fatores biológicos

No modelo de Pennebaker, constata-se que a percepção dos sintomas físicos é determinada pela intensidade do próprio sinal interoceptivo dividido pela intensidade da estimulação externa (distração).⁽³⁴⁾

Sendo assim, os sintomas somáticos poderiam resultar de uma atividade fisiológica exacerbada, que por sua vez provoca um aumento da probabilidade da incorreta interpretação dos sinais corporais.⁽³⁵⁾

Alguns estudos tentaram relacionar o aparecimento destes distúrbios com variações do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal, no entanto, apesar de se saber que este seja ativado pelo *stress* e que este influencie a percepção da dor, não se consegue ainda averiguar a relevância na etiopatogenia do distúrbio de sintomas somáticos. Foram realizadas, similarmente, investigações sobre o papel do cortisol, no entanto quer sendo ou não estimulado, não foi possível chegar a nenhuma conclusão quanto à sua pertinência.⁽³⁵⁾

Citocinas

A ativação do sistema imunitário parece induzir padrões comportamentais semelhantes à conduta de patologias como a depressão e a somatização. Num estudo em que foi administrado a citocina proinflamatória interleucina-1 em cérebros de ratos, Dantzer comprovou que este feito inferia uma atitude doente nos animais, concluindo-se que alterações imunológicas podem levar a modificações do comportamento face à doença, relevantes no estudo dos sintomas somáticos.⁽³⁶⁾

Segundo Rief, as concentrações de linfócitos TCD8+ encontravam-se aumentadas em doentes com diagnóstico de depressão, apesar de os mesmos valores se encontrarem reduzidos em pessoas com patologia somática. As concentrações de interleucina-6 foram umas das

citocinas confirmadas com maior poder de redução do efeito pró-inflamatório em pacientes que sofriam de somatização.⁽³⁵⁾

Como anteriormente demonstrado, a depressão e o distúrbio de sintomas somáticos ocorrem frequentemente em paralelo, porém estes estão associados a diferentes variáveis imunológicas.

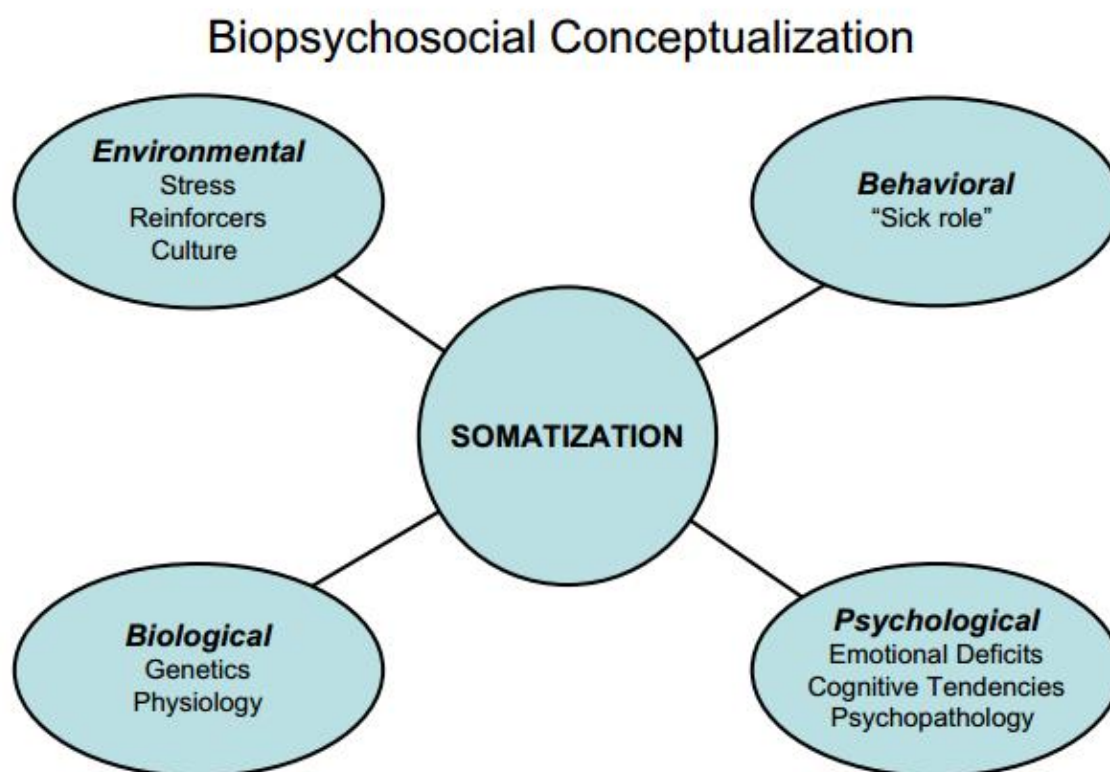


Ilustração 7 - Conceptualização biopsicossocial da somatização.⁽³⁷⁾

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS DOS SINTOMAS SOMÁTICOS

Os sintomas psicossomáticos possuem um imódicó impacto no Serviço Nacional de Saúde (SNS) devido à incapacidade, mal-estar, insatisfação, incompreensão, iatrogenia e custos económicos dispensados.

De maneira a evitar esta influência calamitosa, recomenda-se que o manuseamento da situação comece pela psicopatologia adjacente e os sintomas físicos descritos pelo doente, colocando-o, deste modo, em perspetiva, não desvalorizando o motivo principal que o trouxe aos cuidados de saúde.⁽³⁸⁾ A abordagem deve ser centrada na pessoa, de cunho integral, promovendo espaços para falar e lidar com o sofrimento emocional.⁽³⁹⁾

Sendo assim, o seu tratamento deve transcender o modelo biomédico tradicional e encarar o paciente na sua globalidade, respeitando o modelo biopsicossocial. Deste modo, é bastante importante que o médico saiba o que não deve fazer.

Deve-se proceder a uma anamnese rigorosa e a um exame físico de rotina. A entrevista clínica necessita de se centrar em tentar compreender o envolvimento psicossocial da pessoa. O exame físico serve para rejeitar causas médicas pouco evidentes e também doenças físicas que possam estar presentes, já que um indivíduo somatizador não é isento de apresentar patologias com explicação médica.

Aconselha-se que os exames complementares de diagnóstico sejam regrados e cuidadosos como sempre, sendo que o médico de família não necessita de requerer número menor ou maior dos mesmos, por o indivíduo ter historial de somatização. É fundamental que os exames complementares de diagnóstico não sejam pedidos como objeto de tranquilização.

(6)

Quando os resultados de possíveis exames complementares de diagnóstico forem apresentados, deve-se procurar evitar a atribuição de uma conotação imaginária aos sintomas

ou até mesmo a sua negação, explicando os achados obtidos. Porém, preconiza-se avisar o paciente que nenhuma doença orgânica ameaçadora está por trás da sintomatologia apresentada. Propõe-se, então, a abstenção de frases como “não existe nada de mal”, visto que contradiz a experiência do paciente, fazendo-o passar por “paranoico”.⁽³⁸⁾ É de salientar que exames negativos não despreocupam um doente crónico que possua distúrbio de sintomas somáticos, apesar de que um paciente agudo já se sente assegurado com bom diálogo e bom exame físico.⁽³⁹⁾

Em casos que se averigue a cronicidade da patologia, devemos considerar medidas terapêuticas gerais e ainda formas variadas de intervenção psicológica e farmacológica. As medidas terapêuticas gerais englobam mudanças do estilo de vida, ajudando o doente a identificar e a lidar com as situações de *stress*.

Então, a presença destes sintomas poderá ser sinónimo de que o indivíduo se encontra submetido a algum tipo de evento stressante, o qual deve ser encorajado a discutir com o médico assistente.⁽³⁸⁾

É necessário atentar nas informações sobre o quotidiano do paciente, os seus problemas e dificuldades e a presença de sintomas psicológicos associados. Sempre que possível, procurar identificar as crenças, representações e sentimentos, incorporando-as com a sintomatologia física, desmistificando-a e promovendo a interpretação das dificuldades pessoais e sofrimento emocional.⁽³⁹⁾ Para tal, salienta-se a técnica de reatribuição concebida por Goldberg e Gask que tem como base reatribuir um significado às queixas físicas, criando uma ligação entre estas e a dor psicológica. Assim que o paciente consiga compreender a conexão existente entre ambas, a abordagem, elaboração e resolução dos seus problemas psicológicos torna-se o foco do tratamento. De seguida, encontra-se a divisão das etapas terapêuticas deste processo, que apesar de inicialmente estarem programadas para apenas uma consulta, podem ser levadas a cabo em mais que uma.⁽⁴⁰⁾

	Feeling Understood
1. Take a full history of the pain: Elicit other associated symptoms A typical pain day	
2. Respond to mood 'cues' Clarification of complaint Empathic comment Probe mood state	
3. Explore social and family factors	
4. Explore health beliefs	
5. Carry out a brief, focused physical examination	
	Changing the Agenda
1. Feedback results of physical examination	
2. Acknowledge reality of pain	
3. Re-frame patient's complaint: remind them of other symptoms, and link to life events	
	Making the Link
1. Explanation: anxiety	
2. Explanation: depression	
3. Demonstration: practical	
4. Demonstration: life events	
5. Demonstration: here and now	
6. Projection using family member	

Ilustração 8 - Etapas do tratamento de reatribuição.⁽⁴¹⁾

É importante ressaltar que o acompanhamento entre o clínico e o paciente não vai ser descurado devido a resultados negativos dos exames complementares de diagnóstico, incentivando-se a marcação de consultas adicionais de padrão regular, para que se possa falar sobre possíveis problemas adjacentes e para o seguimento dos sintomas. Todavia, é necessário explicar que a presença de sintomas não representa obrigatoriedade em se marcar uma consulta, evitando-se idas ao médico por problemas *minor*.⁽³⁹⁾

García-Campayo delineou algumas normas de boa prática clínica dos cuidados de saúde primários para doentes com transtorno de somatização¹.⁽⁴²⁾

¹ Á data da publicação deste artigo, a nómima utilizada estava de acordo com o DSM-III, daí o uso de transtorno de somatização.

Normas de buena práctica clínica en atención primaria con los pacientes
con trastornos de somatización

1. El paciente debe ser atendido por un solo médico: su médico de familia.
2. Planificar citas regulares cada 4-6 semanas como máximo.
3. Realizar consultas breves (10-15 min.) que sean posibles en la agenda del generalista.
4. Explorar siempre la zona corporal de la que se queja el paciente.
5. Guiarse por los signos, nunca por los síntomas. Los síntomas deben ser interpretados en un contexto comunicacional.
6. Evitar tests diagnósticos que no sean imprescindibles para evitar yatrogenia y gasto sanitario. Deben solicitarse basados en los signos, no en los síntomas.
7. Evitar diagnósticos espúreos y tratamientos innecesarios.
8. Tranquilizar y reasegurar.
9. Derivar adecuadamente a los servicios psiquiátricos.

Ilustração 9 - Normas de boa prática clínica dos cuidados de saúde primários para doentes com transtorno de somatização.⁽⁴²⁾

A medicação não específica para tentar controlar a clínica apresentada deve ser evitada, visto que existe uma grande tentação de prescrever um tranquilizante *minor* e mandar o doente embora. Processo este que tem provado ser pouco eficiente, transtornando o paciente. Também, o uso de fármacos analgésicos deve ser evitado porque pode perpetuar os sintomas.⁽⁴³⁾

Quanto à utilização de antidepressivos, existem opiniões contraditórias. Kroenke defende que os antidepressivos não corroboraram evidência suficiente para poder afirmar-se que eram eficazes no tratamento do transtorno de sintomas somáticos e relacionados.⁽⁴⁴⁾ No entanto, Katon & Sullivan consideram que estes fármacos são os mais eficazes, não só pela sua importância na terapia da depressão e da ansiedade e da sua ligação com os sintomas somáticos, mas também no tratamento de alguns síndromes somáticos funcionais.⁽⁴⁵⁾

Porém, se for diagnosticada uma doença psiquiátrica que possa estar no aparecimento de tal quadro clínico, como a depressão ou distúrbio de ansiedade, a mesma tem recomendação de ser medicada devidamente, apresentando uma boa resposta à farmacoterapia.⁽³⁸⁾

Vários distúrbios de sono são reportados em grande parte dos casos de pacientes com somatização.⁽⁴⁶⁾ citado por⁽³⁷⁾ Isto poderá contribuir para uma exacerbação da patologia. Posto

isto, vários autores defendem que o diagnóstico de padrões de sono erróneos e a sua abordagem terapêutica precoce representam uma mais-valia no tratamento do transtorno de sintomas somáticos.⁽⁴⁷⁾ citado por ⁽³⁷⁾

Terapias alternativas e de grupo estão recomendadas em indivíduos com sintomas somáticos, sendo que se têm comprovado bastante eficientes e com resultados satisfatórios. Estas terapêuticas incluem relaxamento/exercício físico, estratégias de grupo e terapia comunitária.

O relaxamento permite uma redução da ansiedade nestes indivíduos, tendo uma repercussão positiva na diminuição dos sintomas em causa.⁽³⁹⁾ Não são necessários especialistas em saúde mental para os desenvolver e mesmo qualquer tipo de atividade física está aconselhada, visto que é capaz de diminuir os níveis de *stress* presentes nestes indivíduos.⁽⁴⁸⁾ O relaxamento consiste, então, na aprendizagem de uma série de exercícios de respiração diafragmática durante o primeiro mês de terapia, seguido de intervenções que promovem a descontração muscular progressiva, no segundo mês. Apesar de separados, estas atividades podem ser feitas concomitantemente e devem ser encorajadas a realizar como rotina diária.

A respiração diafragmática, ou abdominal, deve ser mantida pelo paciente durante um longo período de tempo, passando mesmo a ser a sua forma de inspirar e expirar de rotina. Esta cronicidade levará a uma diminuição progressiva dos sintomas, apesar da frustração inicial que o indivíduo poderá sentir no momento de adquirir a técnica.⁽³⁷⁾

A terapia comunitária, assente no pensamento sistémico, na antropologia cultural e teoria da resiliência, está indicada para qualquer utente, em particular para pessoas com múltiplos fatores de *stress*, atuando mesmo na prevenção da somatização crónica.⁽³⁹⁾

Segundo Kroenke, a terapia cognitivo-comportamental demonstrou resultados positivos em 5 de 7 ensaios, sendo considerado o método terapêutico mais eficaz devido à sua

evidência consistente.⁽⁴⁴⁾ Esta terapêutica visa auxiliar o doente a refletir sobre a influência de aspetos psicológicos e sociais.

A *Mindfulness-based therapy* (MBT) é uma terapia clínica baseada em princípios fundados no Budismo, estabelecendo-se na aceitação da dor física ou *stress* emocional, reprimindo o desejo de ruminação das experiências negativas. Comprovou-se que esta opção poderia ser útil no tratamento de alguns aspetos da somatização.⁽⁴⁹⁾

Smith defende que uma carta do psiquiatra para o médico de família do utente em questão, e conseqüente ligação entre as duas especialidades, trará benefício alargado quer no tratamento em si, quer no custo que este arrecadaria. Essa carta deveria conter uma breve explicação sobre o distúrbio somatoforme juntamente com algumas recomendações, demonstradas na ilustração, sobre como se deveria manobrar o indivíduo específico.^(44, 50, 51)

Box 1: Recommendations in the psychiatric consultation letter sent to treating physicians

- Schedule appointments with patients on a regular basis instead of "as needed" appointments.
- Perform brief physical examinations focusing on the area of discomfort at each visit.
- Avoid unnecessary diagnostic procedures, invasive treatments, and hospitalizations.
- Avoid explaining symptoms with statements such as "Your symptoms are all in your head."

Ilustração 10 - Recomendações sobre o doente somático.⁽³⁷⁾

Quanto aos casos refratários, estes devem ser seguidos posteriormente em consulta da especialidade de Psiquiatria, se o doente assim o desejar.⁽³⁸⁾

RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE E SOMATIZAÇÃO

As relações humanas são vitais no desenvolvimento de qualquer pessoa. Desde o seu nascimento e infância que a aquisição de competências ditas normais depende do envolvimento físico e psicológico de um cuidador.⁽⁵¹⁾ Por conseguinte, subentende-se que uma relação médico-doente desenvolvida com mérito produzirá um efeito amplamente positivo em qualquer utente.⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾

Balint defendeu que a doença era um fenómeno tão psicossocial como biológico, encorajando os médicos a ver para além dos sinais e sintomas físicos, focando-se no reportório psicológico e social do doente e por conseguinte, desvendar o verdadeiro motivo da consulta. Desenvolveu o conceito de “médico como medicamento” (“*doctor as drug*”), promovendo a dinâmica da relação entre o paciente e o seu médico e ressaltando que esta mesma seria a ferramenta terapêutica mais preciosa que possuiria. Considerou ainda que as características farmacológicas desta “droga” estavam ainda desconhecidas, tais como as suas doses farmacológicas (número de visitas), propriedades aditivas (dependência pelo médico) e os seus efeitos secundários (que mal poderia ser feito pelo médico).⁽⁵⁵⁾ citado por ⁽⁵⁶⁾

Assegurando ainda mais esta hipótese, Benedetti defende que o próprio ato de administração de um tratamento é uma prática social, psicológica e pedagógica capaz de inibir um sintoma como a dor, mesmo que seja numa variante de placebo.⁽⁵²⁾

Por sua vez, um estudo realizado por Blozik, onde se relaciona a dor cervical com o stress psicossocial, demonstrou que diferentes graus de dor diferenciavam diferentes níveis de stress psicossocial e que, com base no evidenciado, acarretariam maior nível de atenção.⁽⁵³⁾

Posto isto, a arte de saber ouvir e por sua vez, prestar a devida atenção ao utente revelou ser primordial na relação médico-doente, permitindo diminuir o *stress*, elevar o poder de decisão, atribuir confiança sobre si mesmo, assegurando a adesão terapêutica durante todo o processo de cura. Esta competência tem também um papel fulcral no que toca à coleção de

dados durante a anamnese, melhorando o despiste de sinais e sintomas, e consequentemente a descoberta do diagnóstico.⁽⁵⁷⁾

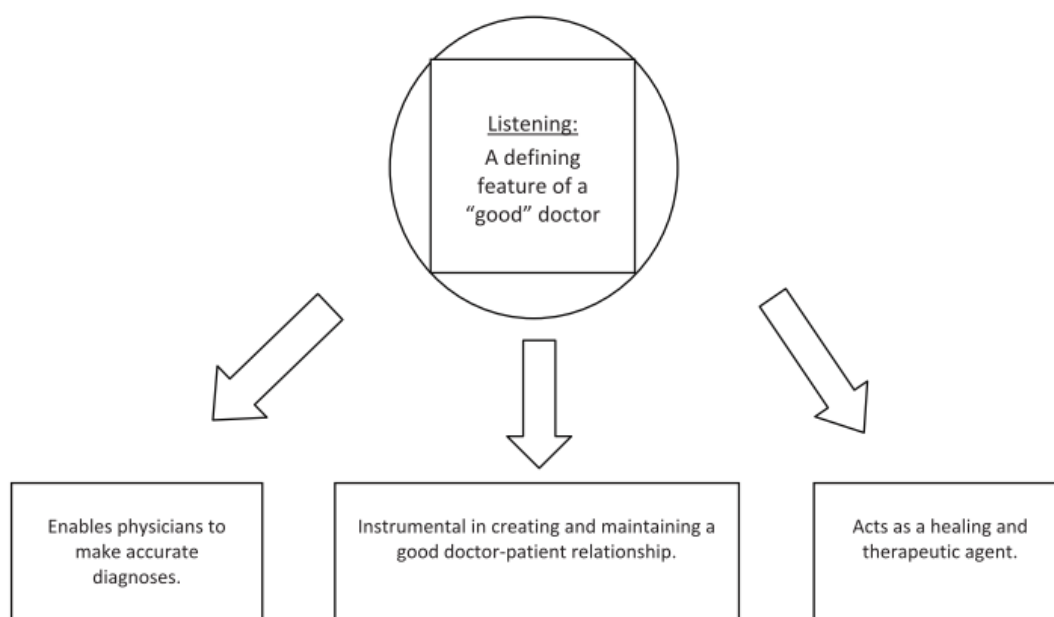


Ilustração 11 - As três funções fundamentais do processo de "ouvir".⁽⁵⁷⁾

Salienta-se que os benefícios da relação médico-doente ocorrem bidireccionalmente, isto é, são valiosas e recompensadores quer para o clínico, quer para o utente. Uma vez que quando o paciente defende que “conhece bem” o especialista, a sua satisfação aumenta.⁽⁵⁴⁾

Quanto aos seus benefícios e as diferentes enfermidades, a maioria dos especialistas em MGF concluiu que a relação médico-doente tinha diversas vantagens, principalmente quando tratavam de patologias do foro psiquiátrico⁽⁵⁴⁾ Kroenke, inclusive, evidenciou que uma relação médico-doente estável era um constituinte benéfico do tratamento da somatização.⁽⁵⁸⁾

Nos casos de patologia com fundo psicossocial, como a somatização, o processo de decisão clínica e a revelação de problemas sociais e psicológicos é propiciado quando o médico considera que existe um conhecimento aprofundado dos antecedentes do paciente, facilitado por uma relação sustentada.^(54,59)

Edwards remata dizendo que todos os resultados apresentados por si sobre a relação médico-doente e os MUS remetiam para uma otimização do seu tratamento.⁽⁶⁰⁾

Perspetiva do Doente

Como foi referido anteriormente, a modalidade bidirecional desta mestria que é a relação médico-doente, proporciona vantagens para o utente e para o seu clínico, pretendendo-se demonstrar no subcapítulo seguinte o que o indivíduo “somatizador” pensa sobre esta competência e qual a sua posição quanto a uma relação saudável com o seu “cuidador”.

Gulbradsen constatou que 43% de problemas psicossociais não eram reportados ao médico, posto que a maior parte dos doentes considerava que eram irrelevantes para o sintoma somático apresentado e devido à provável impotência do médico perante a situação. O estudo revelou também que a demonstração dessas mesmas preocupações, em contextos de sintomas somáticos, tornava-se propícia em pacientes do sexo feminino com uma médica ou se tivesse um conhecimento pessoal pré-existente do clínico em questão.⁽⁵⁹⁾

Quando experienciavam um problema psicológico, os doentes demonstraram que preferiam uma consulta com o seu médico de família pessoal, em detrimento de uma data que lhes conviesse. Todos os pacientes com esse tipo de distúrbio valorizam bastante a sua relação com o médico.⁽⁵⁴⁾

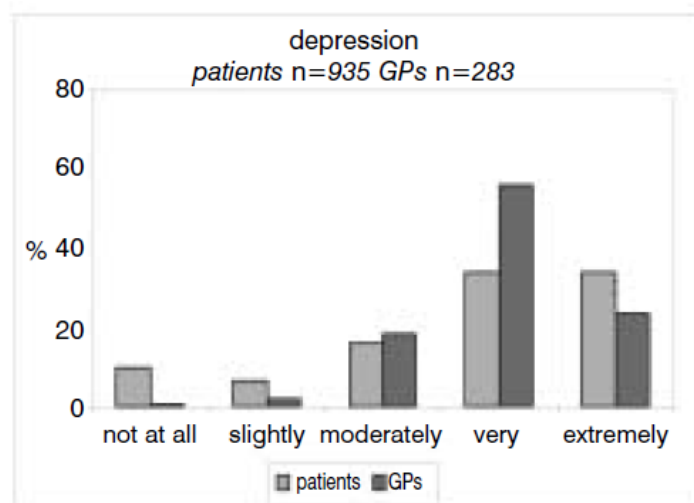


Ilustração 12 - Importância da existência de uma relação pessoal entre médicos de família e os seus pacientes.⁽⁵⁴⁾

Creed averiguou que pacientes com severidade de sintomas somáticos (SSS) elevada associavam-se a alta insatisfação e a uma relação médico-doente difícil.⁽⁶¹⁾ citado por ⁽⁶²⁾

Os pacientes que apresentam sintomas medicamente não explicados (MUS) expressavam a necessidade de maior suporte emocional por parte do seu médico de família, que os outros utentes, sendo motivo para que o clínico se sinta ainda mais controlado e pressionado.⁽⁶³⁾ Estes pacientes procuram sobretudo esse apoio emocional proveniente da relação clínico-doente, em detrimento do tratamento médico, diferindo assim da assunção de que estes apenas buscam tratamento sintomático. Constatou-se que estes indivíduos não procuram mais uma explicação médica para os seus sintomas do que um paciente com outro tipo de patologia.⁽⁶³⁾

Epstein averiguou que os pacientes que se demonstravam intensamente preocupados com os seus sintomas, revelaram-se mais seguros após a consulta, quando o médico lhes concedeu a oportunidade de exporem as suas preocupações sob um modelo centrado no paciente.⁽⁶⁴⁾ citado por ⁽⁶²⁾

Por fim, um estudo fornecido pela Organização Mundial de Saúde divulgou que pacientes com acesso contínuo e sem restrições aos cuidados de saúde primários, eram mais

suscetíveis a conversar sobre os problemas psicossociais e que não se focavam tanto nos seus sintomas somáticos, que os utentes sem acesso livre.⁽⁶⁵⁾

Perspetiva do Médico

Tal como os seus pacientes, os médicos também se sentem frustrados e com dificuldades quando se referem à somatização. Este sentimento de frustração provém da sensação de impotência, ressentimento e medo de que os pacientes possam controlar o curso da consulta. Estes reconhecem a importância de oferecer uma explicação coerente e plausível ao utente em questão, mas sentem-se incapazes de conseguir transpor as ideias corretas ao indivíduo.⁽⁶⁰⁾ Um estudo revelou que estes tentam tranquilizar os seus pacientes usando frases como “não há doença”, metáforas e tentando normalizar os sintomas.⁽⁶⁶⁾ Essa normalização pode levar a que os pacientes sintam que os seus sintomas estão a ser rejeitados.⁽⁶⁷⁾

Quanto ao desfecho destas consultas, os médicos consideram-se desapontados devido à falta de aceitação por parte dos doentes sobre o fundo psicológico que a doença possa ter, recusando o tratamento e apoio psicológico necessário.⁽⁶³⁾

Outros ensaios relatam que os médicos se sentem controlados por utentes com sintomas somáticos, referindo que têm de se submeter às suas exigências e ambição de tratamento sintomático.⁽⁶⁸⁾

Wu constatou que, de uma perspetiva do clínico, os doentes com SSS elevada eram mais problemáticos que pacientes com SSS baixa.⁽⁶²⁾

Epstein apurou que especialistas em MGF, na presença de pacientes com MUS, demonstravam uma comunicação médico-doente pouco centrada nos indivíduos em comparação com outras patologias, mesmo que a duração da consulta fosse maior, e desprezaram as queixas psicossociais apresentadas pelos mesmos.⁽⁶⁴⁾ citado por ⁽⁶⁰⁾ Certos

clínicos focam-se na cura dos sintomas físicos, muitas vezes ignorando a sedenta procura destes doentes por apoio emocional.⁽⁶⁰⁾

No entanto, a comunicação e relação interpessoal entre o médico e os seus pacientes que sofriam com somatização foi cotada satisfatoriamente, quando o clínico demonstrava empatia e validava os sintomas destes doentes.⁽⁶⁹⁾

A empatia citada anteriormente define-se como a capacidade de alguém perceber o que outra pessoa possa estar a experienciar⁽⁷⁰⁾, sendo mesmo considerada por Bellet como a base da relação médico-paciente.⁽⁷¹⁾ Este adiantou, ainda, que quando os utentes pressentiam que o seu médico compreendia a sua situação, aumentava o grau de confiança nestes e predisponha a comunicação entre ambos.

Aiarzaguena decidiu averiguar a qualidade na intervenção terapêutica em doentes com distúrbios da somatização, comparando grupos de médicos de família com treino avançado na técnica de reatribuição de Goldberg com outro grupo com conhecimentos mínimos sobre a mesma temática. Para tal, ambos os conjuntos foram submetidos a formação com níveis de exigência diferentes. No final, foi possível averiguar que tanto um como outro grupo revelaram um aumento da proximidade com o seu doente, visto que o treino lhes tinha conferido estratégias de *coping* com este tipo específico de doentes. Os médicos admitiram melhor compreensão deste tipo de pacientes, no entanto, não foi possível averiguar se se deveu às técnicas lecionadas ou ao tempo dedicado a estes indivíduos. Aqueles que pertenciam ao grupo com formação avançada demonstraram menos dificuldades ao lidar com MUS. Contudo, os resultados revelaram que ambos os grupos preferem tratar outro tipo de doentes, considerando-os “difíceis”. O estudo também debateu sobre o tempo que foi despendido com este tipo de pacientes, reputando-o excessivo, visto que os mesmos, por serem presenças frequentes nos consultórios, sobre-utilizavam esses recursos. Propôs-se uma otimização desse fator através da marcação prévia de consultas.⁽⁷²⁾

Aquando da abordagem de doentes “somatizadores”, provou-se que a depreciação das próprias capacidades psicológicas por parte do médico era um fator capital na dificuldade em ajudar estes doentes, em detrimento dos comportamentos erráticos dos clínicos. Os médicos que adquiriram formação nesta área confessaram que não desvalorizavam os sintomas dos pacientes com MUS, nem as suas próprias aptidões para lidar com tal situação.⁽⁷³⁾

Num estudo realizado por Ringsberg, foram identificados 6 pontos de *stress* encontrados por médicos quando lidam com pacientes que sofrem com somatização: medo de perder um diagnóstico grave; um paciente que aparece sem consulta marcada; o poder de passar certificados (baixas, reforma antecipada, etc.); um paciente reivindicativo; quando se deparam com algo que são incapazes de resolver/decifrar; e o seu papel como médico na sociedade. Também foram elucidados os mecanismos de *coping* utilizados pelos mesmos. (Anexo 3) Estes métodos de confrontação com o problema podiam ser divididos em duas partes: focados na emoção ou no problema. No início os clínicos admitiram que usavam a resolução focada no problema (p.ex. marcando ECD), no entanto, com o passar do tempo começaram a optar pela solução focada na emoção, aceitando que nem todos os problemas poderiam ser resolvidos imediatamente, mesmo que essa proposta fosse, por vezes, contraproducente, na medida em que algo maior (e mais grave) poderia ficar por resolver.⁽⁷⁴⁾

Alterações na Relação Médico-Paciente

Com o objetivo de ultrapassar todos os obstáculos encontrados no processo de diagnóstico e tratamento de pessoas que sofram com problemas de somatização, é conveniente que se altere o modelo de relação entre utente e clínico, na medida de o tornar mais flexível e adequado a colmatar as adversidades encontradas no percurso destas pessoas.

Para tal, é imperativo o reconhecimento e validação dos seus sintomas, realizando a ligação entre os fatores psicológicos e físicos. Não se devem desvalorizar as crenças e a

cultura do doente, associando a estas a utilização de vocabulário acessível por parte do utente, de modo a que o mesmo entenda a causa e tratamento da sua doença.⁽⁶⁾

Deve-se considerar a patologia nas suas várias dimensões, incluindo a sua expressão subjetiva, de modo a que seja realizada uma correta avaliação do contexto do ambiente social e biológico do doente.⁽⁷⁵⁾

Tendo em conta que no âmbito dos cuidados de saúde primários, o indivíduo é encarado como um ser em que o equilíbrio somatopsíquico é importante preservar, é imperativo fomentar o vínculo entre a pessoa e o médico, não como uma abordagem “médico-doente”, mas sim como “médico-paciente”, não lhe atribuindo logo uma conotação patológica. Isto porque, na maior parte das vezes, o médico de família é procurado como conselheiro (questões familiares, relacionamentos, viagens, etc.) e não pela busca de um tratamento. Deste modo, evita-se uma medicina francamente somática e privilegia-se uma vertente ponderada nas correlações e implicações do domínio psíquico.⁽⁷⁶⁾

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Como citado anteriormente, o termo em que esta tese é centrada, a somatização, é alvo de grande ambiguidade. Finda esta revisão de leitura, reconheceu-se que a documentação existente proveniente das diversas classificações, nomeadamente CID-10, DSM-V e ICPC-2, não concordam plenamente na nomenclatura utilizada.

Segundo a DSM-V, a somatização pertence agora ao grupo das Perturbações de Sintomas Somáticos e Relacionadas, distanciando-se da definição centralizada nos sintomas medicamente não explicados exposta na DSM-IV, enquanto na CID-10, é descrita na categoria F45 – Perturbações Somatoformes como uma apresentação repetida de sintomas físicos associada a pedidos persistentes de investigação médica, apesar de resultados repetidamente negativos.⁽⁴⁾ Consoante a ICPC-2, todas as perturbações de somatização são organizadas numa única classe, a P75 – Somatização, que inclui hipocondria, pseudocieze, histeria e os distúrbios de conversão que não fazem parte da categoria F45 da CID-10 mas antes das Perturbações Dissociativas relatadas na categoria F44, tornando-se por isso uma classificação mais flexível.

Quanto aos critérios de diagnóstico entre as diversas patologias da somatização, verificou-se que vários parâmetros eram bastante semelhantes, diferindo em pequenos pormenores que podem gerar confusão mediante a interpretação da anamnese e do próprio exame físico realizado ao doente em questão. A título de exemplo, realçam-se os parâmetros B e C dos critérios de diagnóstico da DSM-V quer de Perturbação dos Sintomas Somáticos, quer da Perturbação de Ansiedade de Doença, respetivamente, onde ambos descrevem ansiedade perante os sintomas apresentados. Por sua vez, o DSM-V aconselha que se o indivíduo demonstrar preocupações extensas a respeito da saúde, contudo nenhum ou apenas sintomas somáticos mínimos, deve ser mais apropriado estabelecer um diagnóstico de PAD.

⁽²⁾ Porém, a descrição e interpretação dos sintomas por parte do médico é um fator subjetivo, que pode enviesar a sua classificação como “mínimos” ou “significativos”, alterando assim o estabelecimento ou não de um diagnóstico concordante.

Posto isto, apesar das novas remodelações sofridas com o aparecimento do DSM-V, em comparação com a sua versão anterior, o DSM-IV, pode-se concluir que a definição do conceito somatização e dos critérios de diagnósticos das patologias alusivas não são suficientemente esclarecedoras para fazer assunções precisas quanto à existência ou não de transtorno de sintomas somáticas e/ou relacionadas.

No que diz respeito à epidemiologia da patologia em estudo, infere-se sobre a sua vasta prevalência nos cuidados de saúde primários, sendo mesmo o seu quarto problema mais comum. É mais frequente em pessoas do sexo feminino, com problemas socioculturais. No entanto, apesar de se verificar forte ligação com a perturbação depressiva e de ansiedade, não se consegue estabelecer a somatização como uma subcategoria das mesmas.

Quanto às opções terapêuticas, adverte-se para que se comece a sua abordagem pela psicopatologia adjacente aos sintomas apresentados pelo doente, enquadrando-o num modelo biopsicossocial e realizando a abordagem centrada na pessoa e no seu envolvimento psicossocial.^(37,38)

Aconselha-se a uma anamnese rigorosa, a um exame físico de rotina e a que os ECD sejam regrados e cuidadosos, evitando-se o seu requerimento com o único objetivo de tranquilizar o doente.⁽⁶⁾ Os resultados provenientes dos eventuais exames não devem ser utilizados para desvalorizar e atribuir um significado imaginário ao motivo da consulta do utente. Deve-se, ainda, procurar explicar os achados obtidos e salientar que nenhuma doença orgânica está por trás da sintomatologia apresentada, se esse for o caso.⁽³⁷⁾

Comprovou-se que um bom diálogo e exame físico podem acalmar um paciente agudo, contudo no caso de cronicidade da somatização, constatou-se que mesmo resultados negativos nos ECD não despreocupam o utente em causa.⁽³⁸⁾

Durante a anamnese é importante focar os aspetos relacionados com o dia-a-dia do paciente, os seus problemas e dificuldades, existência de sinais ou sintomas de carácter psicológico, assim como crenças, interpretações ou sentimentos que possam existir perante a sintomatologia física e procurando-a desmistificar.⁽³⁸⁾ Para esse fim, preconiza-se o uso da técnica de reatribuição de Goldberg e Gask que tem como alicerce reatribuir um sentido às queixas físicas, proporcionando uma correlação entre estas e a dor psicológica. Assim que o paciente consiga compreender a ligação existente entre ambas, a abordagem, elaboração e resolução dos seus problemas psicológicos torna-se o foco do tratamento.⁽⁴⁰⁾

Apesar de o acompanhamento médico não terminar com resultados negativos dos ECD, é importante ressaltar que a presença de sintomas não representa necessidade em se marcar consulta, impedindo, deste modo, idas ao médico sem justificação plausível.

Analisando as normas de boa prática clínica perante doentes com transtornos de somatização, delineadas por García-Campayo, constatou-se que o paciente deve recorrer apenas a um médico, de preferência o seu médico de família, regularmente e em consultas que não demorem mais que 10-15 minutos.⁽⁴²⁾ No entanto, Thomassen revela que as visitas de pessoas “somatizadoras” duram mais 10 minutos que uma consulta normal⁽⁷⁷⁾, ultrapassando o tempo ideal estipulado pela referência anterior. Este pondera ainda se o tempo acrescido de consulta resulta em melhoria clínica significativa, na forma de terapêutica menos prolongada ou seguimento posterior mais eficaz.⁽⁷⁷⁾ Porém, não apresenta nenhuma conclusão, apelando-se ao reforço do estudo científico desta questão.

O clínico dever-se-á focar primordialmente nos sinais e não nos sintomas, deixando os últimos para uma interpretação no seu devido contexto. Por fim, aconselha-se a cautela na

prescrição de ECD e tratamentos, de modo a evitar a iatrogenia. Estas doutrinas devem ter como base, tranquilizar e reassegurar a posição do doente e a sua condição física e psicológica.⁽⁴²⁾

Após esta reflexão, existe um dos parâmetros que merece especial destaque: o médico de família como especialista de eleição no seguimento de um doente com sintomas psicossomáticos. Considerando esta hipótese, é inteligível a sua justificação, visto que usualmente é o primeiro contacto procurado por estes doentes, encarando o indivíduo num estadio precoce, sem diagnósticos anteriores de outras especialidades que possam enviesar os dados obtidos através do exame clínico. A Medicina Geral e Familiar, como especialidade abrangente, permite avaliar o utente na sua totalidade, levando a cabo a continuidade do seguimento deste, tendo a capacidade e os meios para intervencionar no seu meio psicossocial, nomeadamente a sua família, que poderá ser o epicentro gerador de *stress* (descrito de seguida) ou mesmo como uma opção terapêutica, na busca de apoio social.

Quanto ao tipo de família e à maior inconsistência que acarreta para o indivíduo em questão, podemos dividir a mesma em vários subgrupos, segundo a estrutura / dinâmica global, a relação conjugal e a relação parental. Caniço *et al.* categorizaram a família, quanto à sua dinâmica e estrutura, em 21 séries, sendo que apenas a díade nuclear apresenta um padrão de estabilidade com risco diminuído para a pessoa.⁽⁷⁸⁾ Por risco, subentende-se a menor probabilidade de desenvolver consequências adversas para a saúde, projeto de vida, sobrevivência pessoal ou de terceiros.⁽⁷⁹⁾ Foi realizada ainda a divisão em famílias estáveis e instáveis, segundo a relação parental, a partir das dinâmicas entre as diversas gerações, considerando como instáveis: a família rígida, família super-protetora, família permissiva, família centrada nos filhos, família centrada nos pais e família sem objetivos.⁽⁷⁸⁾

Avaliando as opções farmacológicas, a terapêutica medicamentosa aconselhada concentra-se na utilização de antidepressivos, mesmo que autores diferentes entrem em

contradição quanto ao seu uso. Visto que estes fármacos apresentam resultados favoráveis quer no tratamento de transtorno de sintomas somáticos e relacionados, quer no tratamento de síndromes somáticas funcionais.⁽⁴³⁾ Caso seja diagnosticada alguma doença psiquiátrica de base, recomenda-se o seu tratamento apropriado e referência para Psiquiatria.⁽³⁷⁾

No entanto, sugere-se evitar a medicação não específica, como tranquilizantes *minor* e o uso de fármacos analgésicos, que poderão prolongar a sintomatologia.

Para a otimização dos resultados, concluiu-se que a farmacologia utilizada juntamente com terapia cognitivo-comportamental surtia os resultados desejados, sendo considerada por Kroenke, como a terapêutica mais eficaz mesmo quando prescrita isoladamente. Esta pretende promover a reflexão do doente sobre o seu envolvimento psicossocial e como isso participa no aparecimento dos seus sintomas, incentivando a mecanismos de *coping* perante situações de *stress*.⁽⁴²⁾

Dentro da terapêutica não farmacológica, ressaltam-se ainda as terapias alternativas (*mindfulness-based therapy*) e de grupo e ainda exercícios de relaxamento (respiração diafragmática e relaxamento muscular), facilmente lecionados por qualquer profissional de saúde, com vista a reduzir os níveis de *stress* destes indivíduos.^(38,47) Porém, estas técnicas poderão causar alguma desilusão por parte do doente, por terem de ser mantidas durante um longo período de tempo e demorarem a surtir efeito.

A MBT apesar de ter apresentado alguns resultados positivos quanto à somatização⁽⁴⁸⁾, como é baseada em princípios defendidos pelo Budismo, por vezes esta poderá entrar em conflito com as crenças religiosas dos pacientes e levar à sua conseqüente rejeição.

Continuando com a temática da terapia não-farmacológica, é oportuno então introduzir o âmago desta tese de mestrado: a relação médico-doente. Considerada por vários como base da terapêutica ou como o tratamento por si só⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾, chegou mesmo a ser equiparada a um medicamento, por Balint.⁽⁵⁶⁾ Este levou a comparação mais longe, defendendo que ainda

assim não estavam conhecidas as suas doses, propriedades aditivas e efeitos adversos, que correspondiam respetivamente, ao número de visitas, dependência pelo médico e a iatrogenia desta dinâmica, que surtem o seu conhecido efeito perlocutório positivo.⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾

Deste modo, preconizou-se a arte de saber ouvir, revelando-se primordial para este vínculo, ao diminuir os níveis de *stress*, assegurando o poder de decisão e adesão terapêutica durante o processo de cura, e simultaneamente, concedendo confiança sobre o utente.⁽⁵⁷⁾ Assim, corrobora-se o seu papel imprescindível quanto à colheita de dados na história clínica, possibilitando melhor captação e interpretação dos sinais e sintomas, simplificando o caminho até ao diagnóstico.

A relação médico-doente evidenciou diversas vantagens, sobretudo em patologias do foro psiquiátrico.⁽⁵⁴⁾ Sendo que foi considerada um constituinte benéfico da abordagem da somatização.⁽⁵⁸⁾ Neste caso especificamente, o processo de decisão clínica e a revelação de problemas sociais e psicológicos é facilitado quando o médico reflete que existe um conhecimento aprofundado sobre os antecedentes patológicos e familiares do indivíduo, apenas conseguido através de um vínculo entre as duas entidades.^(54,59) Provou-se ainda, que o tratamento das patologias de sintomas somáticos era otimizado por uma relação médico-doente sustentada.⁽⁶⁰⁾

Visto tratar-se de uma ligação bidirecional, a relação estabelecida entre o médico e o doente implica vantagens para ambos.⁽⁵⁴⁾ Do ponto de vista do doente, estes admitiram que não contavam todos os seus problemas ao médico, por considerarem irrelevantes para os sintomas apresentados ou por acharem que este não poderia agir em conformidade. No entanto, concluiu-se que essas confissões estavam mais sujeitas a serem realizadas por mulheres e se houvesse um contacto anterior com o clínico em questão.⁽⁵⁹⁾

Indubitavelmente, a maior parte dos doentes com somatização revelou ainda que preferia uma consulta com o seu médico de família, mesmo que isso implicasse uma data de consulta menos favorável.⁽⁵⁴⁾

De acordo com as expectativas que estes pacientes apresentam para a sua abordagem, existe, sobretudo, uma procura evidente de maior suporte emocional, em detrimento do tratamento farmacológico proposto. Em comparação com outras patologias, estes não solicitam uma explicação médica para os seus sintomas mais que outros pacientes.⁽⁶³⁾

Através da revisão de leitura, é possível inferir que uma consulta sob o modelo centrado no paciente concede um efeito mais positivo nestes indivíduos.⁽⁶⁴⁾

O acesso contínuo e sem restrições aos cuidados de saúde primários por parte destas pessoas, demonstrou que estes estavam dispostos a falar sobre os seus problemas psicossociais abertamente, retirando o foco dos sintomas somáticos.⁽⁶⁵⁾

Similarmente, os médicos revelaram uma certa frustração quanto à somatização, resultante da sensação de impotência, ressentimento e medo de que os pacientes possam controlar o curso da consulta. Ainda assim, apesar de compreenderem a importância de uma explicação para o problema do doente, a dificuldade permanece na capacidade de transpor as ideias corretas,⁽⁶⁰⁾ usando muitas vezes frases como “não há doença” e “é tudo da sua cabeça”, com vista a tranquilizar erroneamente o doente.⁽⁶⁶⁾

Os médicos deparam-se com falta de aceitação por parte dos doentes sobre o fundo psicológico da doença,⁽⁶³⁾ chegando mesmo a sentirem-se controlados e referindo que têm de se submeter às exigências e ambições destes pacientes.⁽⁶⁸⁾

Ao contrário do que é preconizado, os médicos especialistas em MGF demonstraram uma comunicação médico-doente pouco centrada nos indivíduos, em comparação com outras patologias,⁽⁶⁴⁾ centrando-se na cura dos sintomas físicos e desprezando a procura de apoio emocional por parte dos envolvidos.⁽⁶⁰⁾

Porém, a relação interpessoal entre o médico e os seus pacientes que sofriam de somatização foi considerada satisfatória, quando o clínico exprimia empatia e legitimizava os sintomas destes doentes.⁽⁶⁹⁾

Relativamente ao nível de formação dos médicos neste tipo de patologia, aqueles que apresentavam mais conhecimentos relativamente à técnica de reatribuição de Goldberg, demonstraram menos dificuldades ao lidar com MUS. No entanto, mesmo com diferentes níveis de instrução, os médicos, na sua generalidade, preferem tratar outros pacientes, considerando estes indivíduos “difíceis”.⁽⁷²⁾

Saliente-se ainda que o tempo despendido com este tipo de pacientes considera-se excessivo, sobre-utilizando os recursos, facto que pode ser evitado com marcação prévia da consulta.⁽⁷²⁾

Para concretizar melhor manuseamento deste problema, foram ainda delineados mecanismos de *coping* focados na emoção ou problema (Anexo 3).

Em suma, apesar de serem várias as dificuldades encontradas perante estes doentes, é imperativo que se altere o modelo de relação com o utente, tornando-o mais flexível e ajustado às circunstâncias que o rodeiam. Sugere-se a validação dos seus sintomas, procurando-se evidenciar a correlação entre fatores psicológicos e físicos, integrando o indivíduo mediante as suas peculiaridades, religiosas ou sociais.⁽⁶⁾ É importante também encarar a patologia no seu cunho multidimensional, favorecendo também a sua interpretação subjetiva, para que seja possível uma avaliação e diagnóstico corretos do doente.⁽⁷⁵⁾

Vincando o que se acabou de defender, finda-se o presente artigo de revisão com uma citação de alguém que nos deixou recentemente, João Lobo Antunes, e que sempre nos saudou com a sabedoria da prática desta ciência que nos apaixona: “Não sei o que nos espera, mas sei o que me preocupa: é que a medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana, e ignore a individualidade

única de cada pessoa que sofre, pois embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.”⁽⁸⁰⁾

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor Hernâni Caniço por todo o apoio, profissionalismo e espírito de crítica fundamental aquando da realização deste artigo de revisão.

Ao Sr. Professor Doutor Manuel João Quartilho pelo entusiasmo perante o tema do presente artigo de revisão e pelo auxílio na disponibilização de bibliografia.

Aos meus pais, por me terem permitido seguir o caminho por que sempre ambicionei, sempre nutrido com o suporte, amparo e carinho necessário. Por representarem os conselheiros de uma vida, vida essa que caracterizo, graças a eles, como cheia de felicidade e oportunidade.

Ao meu irmão, por ter tornado o percurso mais divertido, e por si só, mais tolerável, sempre com a confiança no meu sucesso.

Por fim, a todos os meus amigos, por terem compreendido o meu pontual isolamento, pelos conselhos, pelo encorajamento e por acreditarem que era possível ultrapassar todas as adversidades sentidas no decorrer da realização deste artigo de revisão e ao longo dos passados seis anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358–68.
2. Diagn M, Mentais SDET. Transtornos Depressivos - DSM - 5. Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais - DSM - V. 2013. 948 p.
3. Saraiva CB, Cerejeira J. *Psiquiatria Fundamental*. 1ª. LIDEL; 2014. 297-308 p.
4. World Health Organization. ICD-10. International Statistical Classification of Disease Related Health Problems. 10th ed.
5. WONCA. Comissão de classificações da. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. In 2011. p. 171.
6. Quartilho MJ. O processo de somatização: conceitos, avaliação e tratamento. 2016.
7. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet*. 1999;354:936–9.
8. Andresen V, Camilleri M. Irritable Bowel Syndrome: Recent and Novel Therapeutic Approaches. *Drugs*. 2006;66(8):1073–88.
9. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002;123(6):2108–31.
10. Mayer EA. Clinical practice. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2008;358(16):1692–9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp0801447>
11. Chang L, Mayer EA, Johnson T, Fitzgerald LZ, Naliboff B. Differences in somatic perception in female patients with irritable bowel syndrome with and without fibromyalgia. *Pain*. 2000;84(2–3):297–307.
12. Spiegel BMR, Gralnek IM, Bolus R, Chang L, Dulai GS, Mayer E a, et al. Clinical

- determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med.* 2004;164(16):1773–80.
13. Spiller RC, Jenkins D, Thornley JP, Hebden JM, Wright T, Skinner M, et al. Increased rectal mucosal enteroendocrine cells, T lymphocytes, and increased gut permeability following acute *Campylobacter* enteritis and in post-dysenteric irritable bowel syndrome. *Gut.* 2000;47(6):804–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1728147&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 14. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010;62(5):600–10.
 15. Rheumatology AC of. <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Fibromyalgia>. 2010.
 16. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33(2):160–72.
 17. Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - A systematic review. *Eur J Pain.* 2010;14(1):5–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.01.006>
 18. Morrison RE, Keating III HJ. Fatigue in primary care. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2001;28(2):225–40. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L32537582\nhttp://sfx.library.uu.nl/utrecht?sid=EMBASE&issn=08898545&id=doi:&atitle=Fatigue+in+primary+care&stitle=Obstet.+Gynecol.+Clin.+North+Am.&title=Obstetrics+and+Gynecology+Cl>

19. Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: A review. *Am J Psychiatry*. 2003;160(2):221–36.
20. Chaudhuri A, Majeed T, Dinan T, Behan PO. Chronic Fatigue Syndrome Chronic Fatigue Syndrome : A Disorder of Central Cholinergic Transmission. 2016;3321(February).
21. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med*. 1994;121(12):953–9.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7978722>
<http://annals.org/data/Journals/AIM/19820/0000605-199412150-00009.pdf>
22. Geoffrey HGORDON. Somatization in Primary Care : Patients with Unexplained and Vexing Medical Complaints.
23. Collyer JA. Psychosomatic illness in a solo family practice. *Psychosomatics*. 1979;
24. Regier DA, Myers JK KM. The NIMH epidemiologic catchment area program. *Arch Gen Psychiatry*.
25. NA VGC. Permanent experience with psychotherapy and medical utilization: implications for national health policy and national health insurance. *Health Policy* (New York). 1981;
26. Sadock B. Kaplan and Sadock’s synopsis of psychiatry. 2007.
27. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 341. 1999;
28. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 2007; 69(9):860–3. Available from:
<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=000068>

42-200711000-00009

29. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *N Engl J Med* 86. 1989;
30. Torgersen S. Genetics of Somatoform Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:502–5.
31. Kellner R. Somatization. Theories and research. Vol. 178, *The Journal of nervous and mental disease*. 1990. p. 150–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2407806>
32. Silber TJ. Somatization Disorders: Diagnosis, Treatment, and Prognosis. *Pediatr Rev* . 2011;32(2):56–64. Available from: <http://pedsinreview.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/pir.32-2-56>
33. Berntsson L, Gustafsson J. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scand J Public Health*. 2000;
34. Pennebaker JW. *The Psychology of Physical Symptoms*. Media SS& B, editor. 2012.
35. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2005;30(10):996–1002.
36. Dantzer, R. B, R.M. L, , S., Bret-Dibat, J.L., Parnet P, Kelley KW. Cytokines and sickness behavior. *NY Acad Sci*. 1998;
37. Woolfolk RL, Allen LA, Tiu JE. New Directions in the Treatment of Somatization. Vol. 30, *Psychiatric Clinics of North America*. 2007. p. 621–44.
38. Goroll AH, Mulley Jr. AG. *Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult*. 2000;(August).
39. Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade II*. 2012.
40. Gask L, Goldberg D, Porter R, Creed F. The treatment of somatization: Evaluation of a teaching package with general practice trainees. *J Psychosom Res*. 1989;33(6):697–703.

41. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res.* 1989;33(6):689–95.
42. García-campayo J, Pascual A, Alda M, Bárbara O. Tratamiento Psicológico En El Trastorno De Somatización: Eficacia Y Propuestas De Intervención. *Rev Psicopatología y Psicol Clínica.* 2005;10(1):15–23. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1088452>
43. Kouyanou K, Pither C, Wessely S. Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosom Med.* 1997.
44. Kroenke K. Efficacy of Treatment for Somatoform Disorders: A Review of Randomized Controlled Trials. *Focus J Lifelong Learn Psychiatry.* 2009;7(3):414–23. Available from: <http://dx.doi.org/http://psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/1839/foc00309000414.pdf>
45. Katon W, Sullivan M. Antidepressant treatment of functional somatic symptoms. *Treat Funct Somat Symptoms.* 1995.
46. G A, S U. Sequential daily relations of sleep, pain intensity, and attention to pain among women with fibromyalgia. *Pain.* 1996.
47. CM M. *Insomnia: Psychological assessment and management.* New York Guilford Press. 1993.
48. Schnohr P, Kristensen TS, Prescott E, Scharling H. Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time - The Copenhagen City Heart Study. *Scand J Med Sci Sport.* 2005;15(2):107–12.
49. Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2013;8(8).

50. Smith R, Monson RA, Ray DC. Psychiatric Consultation in Somatization Disorder. 1986.
51. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med.* 2002;17(11):883–90.
52. Benedetti F. Placebo and the new physiology of the doctor-patient relationship. *Physiol Rev* . 2013;93(3):1207–46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23899563>
53. Blozik E, Laptinskaya D, Herrmann-Lingen C, Schaefer H, Kochen MM, Himmel W, et al. Depression and anxiety as major determinants of neck pain: a cross-sectional study in general practice. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2009;10:13. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2636754&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
54. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract.* 2001;51(470):712–8.
55. Ballint M. *The doctor, his patient and the illness.* London: Pittman Medical; 1964.
56. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57–65.
57. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient Educ Couns* . 2011;85(3):369–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
58. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: Epidemiology, psychiatric co-morbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2003;12(1):34–43.
59. Gulbradsen P, Fugelli P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pr.* 1998;15:1–8.

60. Edwards TM, Stern A, Clarke DD, Ivbijaro G, Kasney LM. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Ment Health Fam Med.* 2010;7(4):209–21. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3083260&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
61. Creed FH, Tomenson B, Chew-Graham C, MacFarlane GJ, Davies I, Jackson J, et al. Multiple somatic symptoms predict impaired health status in functional somatic syndromes. *Int J Behav Med.* 2013;20(2):194–205.
62. Wu H, Zhao X, Fritzsche K, Leonhart R, Schaefer R, Sun X, et al. Quality of doctor-patient relationship in patients with high somatic symptom severity in China. In: *Complementary Therapies in Medicine.* Elsevier Ltd; 2015. p. 23–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2014.12.006>
63. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res.* 2005;59(4):255–62.
64. Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med.* 2006;68(2):269–76.
65. Simon G, Gater R, Kisely S, Piccinelli M. Somatic symptoms of distress: an international primary care study. *Psychosom Med.* 1996;58(5):481–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8902899>
66. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2009;10:68. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19775481>\n<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2758831>

67. Salmon P, Peters S, Stanley I. Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. *BMJ*. 1999;318(February):372–6.
68. Wileman L, May C, Chew-Graham CA. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract*. 2002;19(2):178–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11906984>
69. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. “Could this be something serious?”: Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med*. 2007;22(12):1731–9.
70. Berger M. *Clinical Empathy*. Northvale. 1987.
71. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *JAMA*. 1991;266:1831–2.
72. Aiarzaguena JM, Gaminde I, Grandes G, Salazar A, Alonso I, Sanchez A. Somatisation in primary care: experiences of primary care physicians involved in a training program and in a randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009;10:73.
73. Salmon P, Peters S, Clifford R, Iredale W, Gask L, Rogers A, et al. Why do general practitioners decline training to improve management of medically unexplained symptoms? *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):565–71.
74. Ringsberg KC. Coping with Patients with Medically Unexplained Symptoms: Work-related Strategies of Physicians in Primary Health Care. *J Health Psychol*. 2006;11(1):107–16. Available from: <http://hpq.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1359105306058853>
75. Helman CG. *Culture, Health and Illness*. London, Hodder Arnold; 2007.
76. Morais JAD de. *Relação Médico-paciente: o Internista, o Clínico Geral e a Medicina*

- Psicossomática. Rev Port Clínica Geral. 1989;6(11):322–9.
77. Thomassen R, Van Hemert AM, Huyse FJ, Van Der Mast RC, Hengeveld MW. Somatoform disorders in consultation-liaison psychiatry: A comparison with other mental disorders. Gen Hosp Psychiatry. 2003;25(1):8–13.
 78. Caniço H, Bairrada P, Carvalho A. Novos Tipos de Família, Plano de Cuidados. 2nd ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2011.
 79. Simões JA, Rosendo I. Estudar a família de um paciente em medicina geral e familiar. Quando, como fazê-lo e porquê. A Família em Med Geral Conceito e Práticas. 2011;77–85.
 80. Antunes JL. A Nova Medicina. Fundação Francisco Manuel Dos Santos; 2016.

ANEXOS

Anexo 1 – Critérios de Diagnóstico de Fibromialgia.⁽¹⁵⁾**Table 1. ACR 2010 fibromyalgia diagnostic criteria**

<p>Criteria</p> <p>A patient satisfies the diagnostic criteria for FMS if the following 3 conditions are met:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. WPI \geq 7 and SS scale score \geq 5 or WPI 3 - 6 and SS scale score \geq 9. 2. Symptoms have been present at a similar level for at least 3 months. 3. The patient does not have a disorder that would otherwise explain the pain.
<p>Ascertainment</p> <p>WPI:</p> <p>Note the number of areas in which the patient has had pain over the past week (score will be between 0 and 19): left shoulder girdle, right shoulder girdle, left hip (buttock, trochanter), right hip (buttock, trochanter), left jaw, right jaw, upper back, lower back, left upper arm, right upper arm, left lower arm, right lower arm, left upper leg, right upper leg, left lower leg, right lower leg, neck, chest, abdomen.</p>
<p>SS scale score:</p> <p>A. Fatigue, waking unrefreshed, cognitive symptoms.</p> <p>For each of the 3 symptoms above, indicate the level of severity over the past week using the following scale: 0, no problem; 1, slight or mild problems, generally mild or intermittent; 2, moderate, considerable problems, often present or at a moderate level or both; 3, severe, pervasive, continuous, life-disturbing problems.</p> <p>B. Considering somatic symptoms in general, indicate whether the patient has 0, no symptoms; 1, few symptoms; 2, a moderate number of symptoms; or 3, many symptoms.</p> <p>The SS scale score is the sum of the severity of the 3 symptoms (fatigue, waking unrefreshed, cognitive symptoms) plus the extent of somatic symptoms in general. The final SS score is between 0 and 12.</p>
<p>FMS, fibromyalgia syndrome; WPI, widespread pain index; SS, symptom severity.</p>

Anexo 2 – Recomendações acerca do Tratamento de Fibromialgia.⁽¹⁷⁾

Recommendation	Level of Evidence	Strength
General		
Full understanding of fibromyalgia requires comprehensive assessment of pain, function, and psychosocial context. Fibromyalgia should be recognised as a complex and heterogeneous condition where there is abnormal pain processing and other secondary features.	IV	D
Optimal treatment requires a multidisciplinary approach with a combination of non-pharmacological and pharmacological treatment modalities tailored according to pain intensity, function, associated features such as depression, fatigue and sleep disturbance in discussion with the patient.	IV	D
Non-Pharmacological Management		
Heated pool treatment with or without exercise is effective in fibromyalgia.	IIa	B
Individually tailored exercise programmes including aerobic exercise and strength training can be beneficial to some patients with fibromyalgia.	IIb	C
Cognitive behavioural therapy may be of benefit to some patients with fibromyalgia.	IV	D
Other therapies such as relaxation, rehabilitation, physiotherapy and psychological support may be used depending on the needs of the individual patient.	IIb	C
Pharmacological Management		
Tramadol is recommended for the management of pain in fibromyalgia.	Ib	A
Simple analgesics such as paracetamol and other weak opioids can also be considered in the treatment of fibromyalgia. Corticosteroids and strong opioids are not recommended.	IV	D
Antidepressants: amitriptyline, fluoxetine, duloxetine, milnacipran, moclobemide and pirlindole, reduce pain and often improve function, therefore they are recommended for the treatment of fibromyalgia.	Ib	A
Tropisetron, pramipexole and pregabalin reduce pain and are recommended for the treatment of fibromyalgia.	Ib	A

Anexo 3 – Situações de Stress, os seus Mecanismos de Coping e sua Classificação.⁽⁷⁴⁾

Table 2. The six stressing situations described by the GPs, their coping strategies our classification as P = problem-focused or E = emotion-focused and classification according to Folkman and Lazarus Ways of Coping (WOC)

<i>Stressing situation</i>	<i>Coping strategy</i>	<i>Our classification problem/emotion-focused</i>	<i>Classification according to WOC</i>
1. Fear of missing a serious diagnosis	Taking tests and making referrals	P	Planful problem-solving (P)
	Having an alternative diagnosis in mind	P+E	Planful problem-solving (P) + Self-control (E)
2. The patient turns up without having booked an appointment	Booking a new appointment	P	Planful problem-solving (P)
	Preparing mentally	E	Self-control (E)
	Showing a negative attitude	P+E	Confronting coping (P) + Escape-avoidance (E)
3. The power to issue certificates	Assessing working ability	P+E	Planful problem-solving (P) + Escape-avoidance (E)
4. The demanding patient	Applying a systematic approach	P	Planful problem-solving (P)
	Meeting the patient on an intellectual basis	E	Positive reappraisal (E)
	Using positive affirmation	E	Self-control (E)
	Showing authority	E	Distancing (E)
	Referring to other professionals	P+E	Planful problem-solving (P) + Distancing (E)
	Reflecting over transference	E	Accepting responsibility (E)
5. Getting stuck	Meeting the patient on a regular basis	P+E	Planful problem-solving (P) + Accepting responsibility (E)
	Bouncing the problem back to the patient	E	Distancing (E)
	Explaining the symptoms	P+E	Planful problem-solving (P) + Distancing (E)
	Seeking social support	P+E	Seeking social support (P + E)
6. 'The doctor's dilemma'	Issuing a certificate for sick-leave	E	Escape avoidance (E)
	Referring to other professionals	P	Planful problem-solving (P)
	Time for reflection	E	Planful problem-solving (P)
	Reflecting on whose demands are involved	E	Distancing (E)
	Sharing responsibility	E	Accepting responsibility (E)
			P+E