

ATENDENDO E ENTENDENDO O PACIENTE COM TRANSTORNOS PSICOFISIOLÓGICOS “COMO UM TODO”

Lourena Aparecida Machado Godoi Borson

Michelle da Silva Cardoso

Fabiana Lopes Martins - Professor Especialista Orientador

Luís Henrique Romano - Doutor Orientador

“Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Núcleo de Pesquisa do Centro Universitário Amparense como
parte das atividades para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem”.

Amparo/SP

2020

Este estudo é dedicado a Deus por nos dar sabedoria e conhecimento,
colocando em nós sentimentos de amor, carinho e respeito
com o intuito de cuidar daqueles que muitas vezes
são incompreendidos.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus por nos proporcionar essa experiência de vida, permitindo o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradecemos aos nossos orientadores, coordenadora de saúde Fabiana Lopes Martins e Prof. Dr. Luís Henrique Romano, pelo conhecimento técnico-científico que obtemos.

Agradecemos ainda aos nossos familiares pelo especial apoio em nossos estudos, prestando palavras de carinho e motivação, possibilitando períodos agradáveis em meio a adversidades.

Epígrafe – “A enfermagem é uma arte, e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!” Florence Nightingale.

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
OBJETIVOS GERAIS	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
MATERIAIS E MÉTODOS	5
INTRODUÇÃO	6
Origem: Das emoções aos sintomas.....	6
A anatomia sob a influência emocional.....	8
Conceitos e definições da relação mente-corpo.....	14
Classificação de distúrbios de somatização e queixas somáticas relacionadas.....	15
Manual de Diagnóstico e Estatísticas 5.....	18
A grande demanda nos serviços de saúde.....	19
A importância da visão holística.....	20
Os males do século:	
Depressão.....	22
Ansiedade.....	23
Estresse.....	24
Instrumentos: Acolhimento, empatia e escuta qualificada.....	27
Política de Humanização do SUS.....	29
O desafio do diagnóstico.....	30
Tratamentos.....	33
Terapias alternativas complementares.....	33
Acupuntura.....	33
Hipnose.....	34
Massoterapia.....	34
Reiki.....	35
Yoga.....	36
2. REFERENCIAL TEÓRICO	37
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

RESUMO

O presente artigo propõe uma reflexão a respeito da relação entre as doenças psicofisiológicas e a escuta qualificada dos profissionais de saúde para atender as necessidades desses pacientes. Destaca-se a importância de a equipe multidisciplinar ter empatia, ouvir, obter informações necessárias e realizar práticas estratégicas para cada indivíduo. Esse estudo enfatiza a política nacional de humanização do SUS e as terapias alternativas complementares que tem relevâncias no tratamento e na cura das doenças apresentadas.

Palavras-chave: Transtornos psicofisiológicos; Psicossomática; Visão holística; Acolhimento; Escuta qualificada.

Objetivos gerais

Melhoria na qualidade do atendimento dos profissionais de saúde na vida dos pacientes com transtornos psicofisiológicos; construção de um olhar mais humano e empático.

Objetivos específicos

- Identificar os fatores biopsicossociais que interferem na mente e corpo do ser humano.
- Contribuir em perspectiva multidisciplinar o valor do acolhimento e escuta qualificada na assistência.
- Valorizar as terapias alternativas que em conjunto com o tratamento convencional proporcionam melhor desenvolvimento do paciente.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido no período de março a novembro de 2020, esse estudo se configura como pesquisa bibliográfica, pois foi construído com base em materiais existentes sobre o tema, incluindo revistas, artigos, livros, etc.

Para a melhor compreensão do tema, os materiais utilizados foram do período de 1996 a 2020. Foi realizado o levantamento do material, sendo esse composto por artigos, livros, teses, monografias, entre outros, contendo materiais nacionais e internacionais por meio da internet. Para tal, utilizou-se o buscador Google Acadêmico e Bireme (Biblioteca Virtual de Saúde) tendo como descritores de busca os termos: Transtornos psicofisiológicos; Psicossomática; Visão holística; Acolhimento; Escuta qualificada.

INTRODUÇÃO

A palavra “Psicossomática”, foi introduzida na ciência em 1818, pelo médico alemão Johann Christian August Heinroth, quando realizava estudos sobre a insônia, sem explicação orgânica aparente. Heinroth destacava a possibilidade de influência de fatores psicológicos nas patologias. (POZZA R; et al, 2014).

A medicina psicossomática, através da sua visão holística, tem considerações quanto aos cuidados dos pacientes que envolvem a avaliação do papel dos fatores psicossociais que afetam a vulnerabilidade individual a todos os tipos de doença, quanto à interação entre os fatores psicossociais e biológicos no curso da doença e quanto ao uso de terapias psicológicas para a prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Em relação à vulnerabilidade, alguns fatores são considerados capazes de causar alterações: acontecimentos recentes na vida, estresse crônico, eventos na infância, personalidade, bem-estar psicológico, comportamentos e atitudes saudáveis. (CASTRO M; et al, 2006).

Origem: das Emoções aos Sintomas

Mudanças na compreensão da relação entre o corpo e a mente levaram ao surgimento de conceitos que visam entender a integridade do ser humano e, assim, levar em consideração outros fatores, não apenas biológicos, mas também possíveis causas de doenças físicas. Atualmente, fatores psicológicos são considerados importantes fatores desencadeadores de disfunções somáticas, as explicações para os efeitos "psicológicos" na causa e/ou desenvolvimento das doenças variam. Em relação às doenças de pele, as causas atribuídas são depressão, estresse, tensão emocional e dificuldades em simbolizar e se expressar com palavras. Nas doenças do trato gastrointestinal, a questão da falta de consciência das emoções e dificuldades em falar sobre sentimentos foi reconhecida como importante.

Os conceitos psicossomáticos de Pierre Marty e Joyce McDougall deram uma enorme contribuição para explicar a patologia dessa espécie. Esses autores introduziram conceitos como pensamento operatório e a noção de desafetação. O pensamento operatório, proposto por Marty, é um tipo de expressão emocional apagada, com um apego excessivo à materialidade dos fatos. MacDougall propõe o conceito de noção de desafetação, que é "um distúrbio da economia afetiva, típico de pacientes somáticos, que promove uma incapacidade quase completa de manter contato com as emoções próprias e de outras pessoas".

Outro tipo de dificuldade relacionada à economia afetiva, mas que não se sabe se é considerado um traço da personalidade ou estado da pessoa, é o fato de o indivíduo ter dificuldades de verbalizar seus sentimentos, a chamada alexitimia, que torna o indivíduo vulnerável a desenvolver doenças somáticas.

O stress, que tem importantes componentes psicológicos, é considerado outro fator relevante na história de certas doenças, conhecido popularmente, o stress tornou-se um grande inimigo do bem-estar, ele é considerado um problema contemporâneo devido à nova forma do indivíduo se organizar em seu cotidiano.

Desse modo, a nova sociedade tornou-se cenário para agentes estressores que, por sua vez, podem ser externos, como o excesso de trabalho, e internos, como a ansiedade. De maneira geral, os sintomas das doenças de fundo psicológico funcionam ante o sofrimento, que é abordado de diversas formas, desde uma simples tensão emocional até mesmo uma depressão. O sintoma, assim, apresenta-se como uma linguagem, que não encontra outra forma de expressão a não ser o adoecimento do corpo. (BUENO; SILVA, 2012).

Estudos mostraram que ameaças simbólicas podem gerar emoções desagradáveis e desencadear reações importantes no corpo. Wolff (1950), pesquisador em psicossomática, primeiramente pesquisou a resposta de um grupo de pessoas quando submetidos a situações de insegurança e hostilidade, evidenciando um aumento no fluxo sanguíneo, movimentos e secreção no estômago desses indivíduos. No segundo estudo, ele organizou dois grupos, um de indivíduos saudáveis e outro com distúrbios gástricos. Ambos passaram por situações de stress agudo e descobriu que os grupos reagiram fisicamente com o aumento da produção de ácido clorídrico, muco, movimentos do estômago e pepsina, em nível psicológico, houve aumento da ansiedade, incerteza, frustração, agressividade e sentimento de culpa, mas no grupo que já portavam distúrbios gástricos, as reações foram muito mais intensas.

O que no nível dos sentimentos é medo, raiva, tristeza, alegria e fome, no corpo é sincronicamente expressado por alterações no sistema músculo estriado esquelético, neurovegetativo e imunoendócrino, através de alterações nas funções motoras, secretoras e de irrigação, coordenadas pelas funções hipotálamo-hipófise-límbico.

A disfunção motora resulta de uma alteração na fibra muscular lisa que ocorre em vários órgãos. Assim, uma pessoa pode exibir disfunções motoras no nível do sistema digestivo (vômitos, síndrome da hipostenia, diarreia, constipação, discinesias), sistema respiratório (asma, bronquite), sistema geniturinário (disúria, cólicas pielo-uretral, dismenorreia, poliúria, vaginose, taquiperpermia), sistema circulatório (hipertensão diastólica, enxaqueca, dor de cabeça), pele (inflamação dos nervos, eczema, coceira) e outros órgãos e dispositivos.

A disfunção secretora manifesta-se não apenas na produção de muco, mas também na produção de secreções endócrinas, na produção de hormônios do sistema digestivo, secreção pancreática, biliar e entérica. (CAMPOS; RODRIGUES, 2005)

A disfunção de irrigação de órgãos desempenha um papel importante na determinação de processos agudos e crônicos, dependendo de sua intensidade, repetibilidade e duração, e pode causar menor resistência das mucosas a outros fatores agressivos, hemorragias e úlceras de proporções variados.

As mudanças nessas três funções parciais ocorrem em muitas combinações, de acordo com várias situações da vida, associadas a sentimentos de raiva (hostilidade), medo, dor (mal-estar), fome, humilhação, vergonha, tristeza e melancolia.

Conclui-se que essa evidência só pôde ser observada após os profissionais de saúde pararem de analisar os órgãos isolados e avaliarem suas funções, relacionadas à manutenção da homeostase biopsicossocial humana. Acontece que o estudo da emoção em si é restritivo, só podemos fazê-lo na interação de uma pessoa com seu ambiente físico e psicossocial. As emoções são contidas e inextricavelmente ligadas ao comportamento humano, que é determinado pelas relações mútuas do indivíduo com o grupo ao qual ele pertence e consigo mesmo.

Os serviços de saúde devem, portanto, adotar uma perspectiva multidisciplinar e monística. É necessário verificar estudos realizados sobre o ser humano, saudável ou doente, a respeito da condição humana, suas dificuldades e problemas de nosso tempo. As atividades clínicas e de pesquisa dos especialistas em promoção da saúde devem levar em consideração os próprios fatores humanos envolvidos nos mecanismos de formação de sintomas, o que significaria levar em consideração o ambiente físico, mental e psicossocial. (CAMPOS; RODRIGUES, 2005).

A anatomia sob a influência emocional

Como a "mente" (cérebro) influencia o "corpo" (órgãos internos)? Cientistas identificaram áreas-chave no córtex cerebral primata que estão ligadas através de conexões sinápticas à medula adrenal. A influência mais substancial se origina de uma ampla rede de áreas motoras que estão envolvidas em todos os aspectos do controle esquelético desde a seleção de resposta até a preparação do motor e execução de movimentos. Uma influência menor se origina de uma rede no córtex pré-frontal medial que está envolvida na regulação da cognição e da emoção. Assim, as áreas corticais envolvidas no controle do movimento, cognição e afeto são fontes potenciais de comandos centrais para influenciar a excitação solidária. Esses resultados fornecem uma base anatômica para doenças psicossomáticas onde estados mentais podem alterar a função dos órgãos.

A medicina moderna geralmente vê o conceito de doença "psicossomática" com suspeita. Essa visão surgiu em parte porque não se conheciam redes neurais pela mente, conceitualmente associadas ao córtex cerebral, para influenciar sistemas autônomos e endócrinos que controlam órgãos internos. Foi utilizado um transporte transneuronal do vírus da raiva para identificar as áreas do córtex cerebral primata que se comunicam através de conexões sinápticas com um grande efeito simpático, a medula adrenal. Foi demonstrado que duas redes amplas no córtex cerebral têm acesso à medula adrenal. A rede maior inclui todas as áreas do motor cortical no lobo frontal e porções de córtex somatossensorial.

Os estudos incluíram os seguintes critérios: Foram traçados apenas aumentos no fluxo sanguíneo cerebral regional que estavam na parede medial do hemisfério. Foram incluídos estudos de ressonância magnética. A ativação foi relatada como relacionada a um parâmetro que reflete excitação simpática. Esses parâmetros incluíram respostas de condutância cutânea, pressão arterial média, intervalo de frequência cardíaca de baixa frequência, dilatação da pupila, aumento da frequência cardíaca, supressão da atividade barorreflexa, atividade nervosa simpática e aumentos na epinefrina ou cortisol.

"Efeito Negativo" Os afetos negativos incluíram emoções negativas (38%), ansiedade/medo (28%), tristeza (17%), nojo, raiva e culpa. Essas emoções negativas foram evocadas por indução/provocação mista (34%), estímulos visuais (24%) e condicionamento aversivo (11%).

Um componente importante desta rede origina-se da área motora suplementar e das áreas motoras cinguladas na parede medial do hemisfério. Essas áreas corticais estão envolvidas em todos os aspectos do controle esquelético, desde a seleção de resposta até a preparação do motor e a execução do movimento. A segunda rede menor tem origem em regiões de córtex pré-frontal medial, incluindo uma grande contribuição de regiões pré-geniais e subgêneras do córtex cingulado anterior. Essas áreas corticais estão envolvidas em aspectos de maior ordem de cognição e afeto. Esses resultados indicam que existem circuitos sinápticos específicos para vincular movimento, cognição e afetar a função da medula adrenal. Este circuito pode mediar os efeitos de estados internos como estresse crônico e depressão na função dos órgãos e, assim, fornece um substrato neural concreto para alguma doença psicossomática. (DUM; et al, 2016).

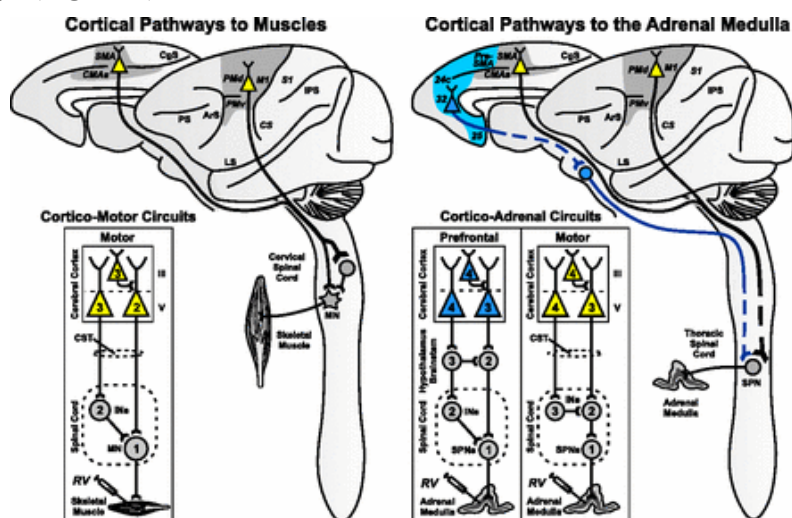
Há um século, mostrou-se uma resposta aguda ao estresse, onde a experiência psicológica e seus correlatos fisiológicos (por exemplo, aumento da frequência cardíaca, sudorese, dilatação pupilar) envolvem secreção da medula adrenal desencadeada por neurônios simpáticos na medula espinhal torácica, onde essas são antecipatórias, preparando o corpo para "luta ou fuga".

A ativação simpática é igualmente essencial para respostas precisas e específicas dos órgãos durante o exercício, exposição ao calor ou resfriado e hipoglicemia, podendo ocorrer durante deliberações cognitivas e situações sociais estressantes. Por exemplo, todos nós temos nossos próprios "gatilhos" —

problemas ou eventos que podem desencadear uma reação intensa imediata. Comumente, o evento pode ser uma observação crítica de um supervisor, pai ou cônjuge. O comportamento mais eficaz nestas circunstâncias não é nem luta nem fuga, mas sim uma resposta mais matizada que é ajustada ao contexto da situação.

Claramente, a resposta ao estresse está sujeita a extensos "de cima para baixo" ou controle cognitivo. Nessa pesquisa, foram utilizados o transporte transneuronal do vírus da raiva (VR) para identificar as áreas do córtex cerebral que são responsáveis pelo controle superior para baixo da medula adrenal em um primata não humano, onde se concentrará na distribuição de neurônios infectados no córtex cerebral.

Circuitos Mente-Corpo (Figura 1)

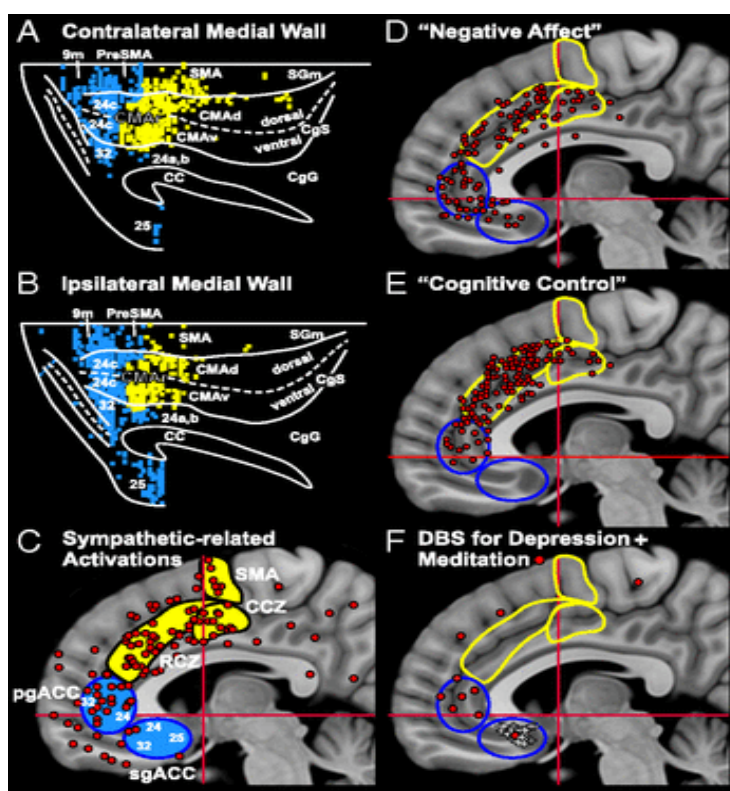


Fonte: (DUM; et al, 2016).

A esquerda, é um diagrama esquemático dos circuitos que conectam neurônios em áreas motoras do córtex cerebral a músculos únicos. Quando o VR é injetado em um músculo, ele é transportado transneuronalmente na direção retrógrada através desses circuitos.

A direita é um diagrama esquemático dos circuitos sinápticos que conectam neurônios nas áreas motora e pré-frontal do córtex cerebral à medula adrenal. Quando o VR é injetado na medula adrenal, ele é transportado transneuronalmente na direção retrógrada através desses circuitos.

Neuroimagem e progressões. (Figura 2)



Fonte: (DUM; et al, 2016).

A origem mais densa das projeções para a medula adrenal é codificada por cores: áreas motoras, caixas amarelas; áreas pré-frontal medial, lixeiras azuis.

(A) Parede medial contralateral do hemisfério.

(B) Parede medial ipsilateral. Dorsal está no topo e anterior é à esquerda para todos os diagramas nesta figura.

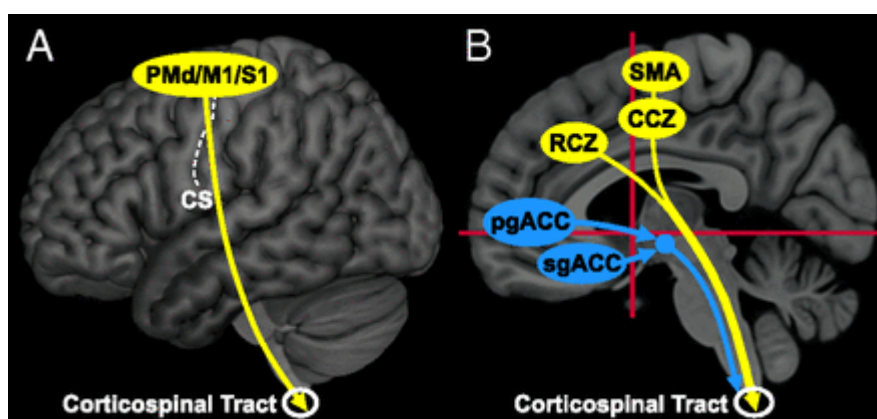
(C) Ativações relacionadas com a simpatia, círculos vermelhos.

(D) Afeto negativo, círculos vermelhos (dados do ref. [31](#)).

(E) Controle cognitivo, círculos vermelhos (dados do árbitro [31](#)).

(F) Locais de estimulação cerebral profunda (DBS) para depressão resistente ao tratamento, vantagens brancas (dados do ref. 33); locais de ativação associados à meditação, círculos vermelhos.

Origem e caminhos sobre a medula adrenal pelo córtex cerebral (Figura 3)



Fonte: (DUM; et al, 2016).

As áreas motoras são preenchidas em amarelo, e as áreas pré-frontal medial são preenchidas em azul.

(A) Principais áreas corticais para controle de cima para baixo na superfície lateral do hemisfério. Todas essas áreas enviam projeções para a medula espinhal.

(B) Principais áreas corticais para controle de cima para baixo na parede medial do hemisfério. As áreas motoras enviam projeções para a medula espinhal, enquanto a saída de áreas pré-frontal medial provavelmente será mediada por vários centros subcorticais.

As áreas corticais que formam a rede motora estão ricamente interconectadas. Além disso, todas essas áreas motoras corticais projetam-se diretamente para a medula espinhal e para regiões da formação reticular. Assim, as vias cortico-espinhais descendentes e corticobulbo-espinhais podem mediar parte ou toda a influência da rede motora na medula adrenal. Essa conclusão é apoiada por estudos clássicos que demonstraram que a estimulação superficial em regiões restritas de M1 e do PMd evocou alterações na

pressão arterial. Essas alterações sobreviveram às lesões do quinto nervo e do hipotálamo, mas foram abolidas por lesões do trato piramidal.

Os resultados têm uma série de implicações funcionais importantes. Primeiro, enfatizam a importância das áreas motoras corticais na influência de cima para baixo sobre a medula adrenal. Os movimentos normais dos membros e do corpo são acompanhados por mudanças coordenadas na produção simpática que são proporcionais às demandas metabólicas da tarefa. Acredita-se que um componente importante dessa atividade simpática seja devido a um "comando central" que pode preceder qualquer mudança na atividade muscular. Este comando é uma resposta "preditiva" porque prepara o corpo para atender às necessidades metabólicas previstas de atividades como exercício, estados emocionais e luta ou fuga. Nossos resultados sugerem que os comandos centrais para preparar e gerar saída vísceromotor originem-se das mesmas áreas corticais que estão envolvidas na preparação e geração da produção de esqueletomotor. A colocação da função vísceromotor e esqueletomotor pode fornecer um mecanismo para facilitar a coordenação desses dois sistemas motores. (DUM; et al, 2016).

Em segundo lugar, descobriram que a influência de cima para baixo sobre a medula adrenal por M1 se origina em grande parte de sua representação tronco. Esta região do M1 projeta segmentos torácicos da medula espinhal. Esses segmentos espinhais também contêm os simpáticos neurônios pré-gliônicos que formam o caminho comum final para a medula adrenal. Essas observações sugerem que há uma ligação entre o controle descendente dos "núcleos dos músculos" e a regulação da produção simpática. Este atalho poderia fornecer um substrato neural para o controle do estresse através de exercícios "núcleo", como yoga e pilates.

Em terceiro lugar, resultados indicaram que um componente importante da influência cortical sobre a medula adrenal surge de múltiplas áreas motoras e não motoras na parede medial do hemisfério. Esse achado difere da visão de que o fluxo autônomo do córtex cingulado se origina de uma única região, a. Essa perspectiva é apoiada por dados de imagem funcional de estudos humanos que mostram ativações associadas à excitação simpaticizante em múltiplas áreas do córtex cingulado.

As contrapartes humanas exibem ativação em tarefas associadas a efeitos negativos. Em essência, esses resultados fornecem os circuitos neurais que ligam os processos de afeto negativo (por exemplo, tristeza) e controle cognitivo (por exemplo, consciência de erros) às respostas ao estresse. O mesmo substrato pode mediar respostas de estresse comparáveis quando uma situação triste ou um erro é lembrado. Além disso, a ativação anormal deste circuito pode ser fundamental para condições como transtorno de estresse pós-traumático.

As áreas corticais que foram identificadas como regulação da medula adrenal se sobrepõem substancialmente às incluídas em "redes de depressão". Um nó nesta rede apresenta alterações histológicas

em indivíduos com depressão familiar bipolar, e estimulação cerebral profunda atenua alguns sintomas de depressão. Outro nó na rede apresenta ativação durante a meditação consciente, uma técnica comportamental para reduzir a ansiedade. Da mesma forma, em macacos parece estar exclusivamente ligado a sistemas relacionados à recompensa no gânglio basal e estar envolvido na regulação da ansiedade e da valência emocional enquanto decide um curso de ação. Juntos, esses achados levantam a possibilidade de que as áreas do córtex cerebral que influenciam a medula adrenal também sejam nós corticais-chave de estresse e depressão. Talvez alguns desses nódulos representem alvos adicionais para intervenção terapêutica em transtornos afetivos.

Em resumo, o controle da medula adrenal está embutido em áreas corticais que estão envolvidas no controle do movimento, cognição e afeto. Isso significa que operações mentais como a preparação para se mover, a valorização do conflito e sentimento de tristeza podem estar ligadas à regulação da função suprarrenal. O córtex cerebral é um local de plasticidade neural e armazenamento de informações. Como consequência, a plasticidade aberrante pode ser uma causa ou contribuir para doenças psicossomáticas, assim como o engajamento da plasticidade cortical através do movimento, do pensamento e do sentimento pode ajudar a curá-las ou amenizá-las. (DUM; et al, 2016).

Conceitos e Definições da Relação Mente-Corpo

Somatização é uma expressão proposta por Steckel em 1921 e refere-se à comunicação de sofrimento mental na forma de sintomas físicos. Pode ocorrer de diferentes maneiras, como forma de autoexpressão (variabilidade individual normal), ou como indicação de uma doença orgânica ainda não diagnosticada, ou como parte de outras patologias psiquiátricas, ou como um distúrbio somático.

Conversão é uma representação de um conflito mental reprimido que é expresso nos campos sensório-motor e mental. É um conflito transformado em linguagem corporal, no entanto, diferentemente da somatização, não atinge os órgãos e dispositivos regulados pelo sistema neurovegetativo. Sua base teórica é a supressão da energia mental.

Dissociação é uma fragmentação ou divisão do campo da consciência, com a perda da unidade mental característica dos seres humanos. Como o Sr. Bleuler disse: "*O homem é seu próprio testemunho do que ele sabe e faz*".

Hipocondrias foram divididas em hipocondrias principais e hipocondrias menores. O menor estaria associado a sintomas de fadiga, dores de cabeça, dores nas costas e distúrbios neurovegetativos, digestivos e sexuais considerados "pequenas dificuldades cotidianas". A ansiedade do paciente prevalece

no medo de que o corpo seja atingido por alguma doença. Em hipocondrias maiores, seríamos confrontados com uma patologia séria e ilusória.

Simulação é descrita conscientemente e intencionalmente uma doença mental e / ou corporal com a clara intenção de obter benefícios secundários, geralmente de origem financeira. A simulação de problemas mentais em estudos americanos tem alta frequência, atingindo até 30% dos casos avaliados.

Sintomas sem explicação médica (SEM) é a essência dos distúrbios somáticos. Estes são os sintomas descritos pelos pacientes, mas não encontramos nenhuma explicação médica durante o estudo. O SEM está associado a transtornos mentais, ansiedade e depressão. Eles também estão associados aos fatores psicossociais da pobreza, baixa escolaridade, condições de trabalho e violência múltipla. O termo é vago e indica novamente uma dualidade de mente e corpo, mas é a base de toda a prática médica. Vale lembrar que os sintomas estão sempre presentes na cabeça do paciente, pois tudo é processado no cérebro, seja um sintoma de dor por fratura, lombalgia ou lesão gastrointestinal. Os sintomas são sempre "reais" e sentidos pelo paciente. O trabalho do profissional de saúde é diagnosticar a fonte dos sintomas e administrar o tratamento adequado.

Síndromes Funcionais é uma conexão dos modelos de diagnóstico para a clínica médica e psiquiatria. É um grupo de patologias que gera altos custos e incapacidade na prática clínica cotidiana. Como exemplos clássicos: fibromialgia, síndrome do intestino irritável e fadiga crônica. É difícil distinguir suas características dos distúrbios somáticos. Suas alterações psicopatológicas são desconhecidas, o que cria dificuldades no exame. Eles incluem altas comorbidades e distúrbios psiquiátricos, levando ao questionamento de muitas ou uma unidade nosológica.

Nas síndromes funcionais, encontramos um lugar para outro termo: "ignorância médica". No entanto, essa ignorância gera e alimenta pesquisas na busca de conhecimentos fisiopatológicos. Historicamente, a busca de uma explicação alterou a etiologia de várias patologias. Por exemplo, a doença de Parkinson foi inicialmente classificada como neurose e, mais recentemente, a síndrome da pessoa rígida (uma síndrome rara de rigidez muscular que se assemelha aos sintomas de conversão, mas agora é classificada como uma patologia neurológica).

Transtorno de Somatização é um o diagnóstico baseado em sintomas sem explicação médica. A psiquiatria conclui o diagnóstico de transtorno de somatização com a seguinte estrutura: sintomas sem explicação médica; estado mental do paciente; repercussão desses fatos na vida cotidiana; e, finalmente, comprometimento do funcionamento psicossocial. (ARENALES; et al, 2014).

Classificação de Distúrbios de Somatização e Queixas Somáticas Relacionadas

F45.0. Transtorno de Somatização (propriamente dito) (Pelo menos dois) da lista de sintomas que afetam diferentes sistemas orgânicos, mudando ao longo do tempo, com evolução crônica flutuante e marcada por inúmeras tentativas de tratamento, geralmente ineficazes. Esta é uma imagem clássica do TS. O paciente também se recusa a aceitar informações médicas de que não há explicação para a causa orgânica de seus sintomas, ou seja, dito pelo médico: "você não tem nada" não ajuda a lidar com o quadro.

F45.1. Transtorno Somatoforme indiferenciado é semelhante ao anterior, mas não preenche todas as características. As queixas podem ser em menor número ou tempo, ou ainda não ocorrem comprometimentos sociais e profissionais.

F45.2. Transtorno Hipocondríaco É uma crença persistente na presença de uma doença grave, mesmo com exames médicos negativos, o paciente não deixa de se preocupar. Em outras palavras, o médico se recusa a reconhecer "você não tem nada, você não tem doença". Difere do Transtorno de somatização, pois no próprio transtorno e nas consequências futuras, há uma ênfase nas hipocondrias, enquanto o primeiro problema é com os sintomas. O medo de medicamentos e terapias é mais significativo em pacientes com hipocondria.

F45.3. Disfunção autonômica somatoforme são sintomas somáticos observados pelo médico como resultado da estimulação do sistema nervoso autônomo (palpitações, sudorese e tremores). E esses sintomas consistem em sintomas subjetivos adicionais e no medo de que esses sintomas sejam graves. Também não corresponde ao "Você não tem nada", dito pelo médico.

F45.4. Transtorno doloroso somatoforme persistente é caracterizado por dor persistente e intensa que não é atribuída a uma patologia médica conhecida. Geralmente está associado a distúrbios depressivos.

F45.8. Outros Transtornos somatoformes é descrito como *globus hystericus*, disfagia, torcicolo psicogênico, prurido psicogênico, dismenorrea psicogênica e ranger dos dentes.

F45.9. Transtorno somatoforme não especificado estão incluídos os transtornos psicofisiológicos ou psicossomático não especificado ou em pacientes que não se encaixam nos critérios anteriores.

F54. Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte este diagnóstico implica que as alterações emocionais podem gerar doenças físicas, ou seja, o conflito psíquico pode gerar danos ao corpo.

O CDI cita como exemplos asma, colite mucinosa, colite ulcerosa, dermatite, úlcera gástrica e urticária. Ao comparar os critérios de diagnóstico, essa classificação é semelhante à Disfunção Autonômica Somatoforme, F45.3, mas sugere que um clínico deve diagnosticar uma doença clínica. Em suma, essa categoria diagnóstica seria o reconhecimento pelo CDI de que o sofrimento mental e a dor emocional podem levar à doença clínica. No entanto, não é fácil aplicar esse diagnóstico porque o CDI utiliza a

palavra "supor", ou seja, cabe ao médico avaliar se uma etiologia psicológica está oculta na gênese da doença clínica.

F48.8. Outros transtornos neuróticos especificados apesar de não serem classificados como Transtorno de Somatização, encontramos sintomas somáticos claros que, em alguns aspectos, se sobrepõem, sendo eles:

Neurastenia é um quadro clínico caracterizado por sintomas de fadiga, diminuição do desempenho no trabalho e da vida cotidiana, fraqueza no corpo ou atividade física e sensação de exaustão após um esforço mínimo, acompanhada de sensação de dor muscular e incapacidade de relaxar, tontura, dores de cabeça tensionais e insônia. A condição é praticamente semelhante a um transtorno do humor depressivo.

Psicastênia é um quadro que pertence à história da psiquiatria e contém vários sintomas. A psicastenia, ao lado da histeria e neurastenia, é o quadro mais amplo das doenças neuróticas no final do século XIX, e, portanto, a última categoria é incluída em trabalhos mais dedicados à esquematização da teoria da neurose. O quadro consiste em vários sintomas mentais, emocionais, perceptivos e volitivos; e sintomas físicos como fraqueza, dor de cabeça, dor nas costas e insônia.

Sincope Psicogênia é definida como uma súbita perda de consciência e tônus corporal com recuperação espontânea. As causas são variadas, sendo a neurocardiogênese uma causa importante. E essa síncope é resultado de vários estímulos, incluindo dor, emoção e estresse.

Neurose profissional é definido como um estado psicogênico persistente no qual os sintomas são uma expressão simbólica de um conflito mental, cujo desenvolvimento está relacionado a uma situação organizacional ou profissional específica. No quadro clínico, observamos fadiga, irritabilidade, desinteresse, distúrbios do sono e sintomas físicos como contrações de um funcionário, essa situação está relacionada às questões controversas do nexo de causalidade entre trabalho e dano psicológico.

F41.2. Transtorno misto de ansiedade e depressão é pouco utilizado na saúde mental, isso pode ser entendido como um grupo de transtornos mentais comuns (TMCs), que são distúrbios comuns na atenção primária à saúde. Geralmente é uma mistura de sintomas somáticos, ansiedade e depressão, mas eles não atendem a todos os critérios de diagnóstico. Essas seriam quadros mais leves e difíceis de definir o diagnóstico, pois contêm vários sintomas de outras patologias. E, embora não sejam "graves", essas condições são mais comuns na população em geral e pedem cuidado e atenção.

F68.0. Neurose de Compensação é descrita como *sintomas físicos aumentados por fatores psicológicos*. Essa condição é classificada quando concluímos que os sintomas físicos são consistentes com a doença ou incapacidade, mas são exagerados além de sua intensidade e duração, com base no estado mental do

paciente. Como mencionado, a busca por benefícios secundários associados a uma doença subjacente é clara. Esse diagnóstico é classificado como uma mudança de personalidade.

F68.1. Transtornos Factícios difere da neurose de compensação, não há doença, distúrbio ou incapacidade física diagnosticada, é a *produção deliberada ou simulação de sintomas ou de incapacidades, físicas ou psicológicas*. Nisto encontramos simulação repetitiva e consistente dos sintomas, às vezes com automutilação para causar sinais ou sintomas. A motivação não tem conhecimento e não há busca de ganhos financeiros secundários. Também é classificado como mudança de personalidade. (OMS, 1993).

Manual de Diagnóstico e Estatística 5

DSM5 (Diagnostic and Statistical Manual) é outra classificação psiquiátrica, na nova classificação americana de transtornos mentais, chamados agora de Transtornos relacionados a Sintomas Somáticos, é uma visão dimensional, sem listas para preencher, mas com várias queixas somáticas relacionadas à preocupação com a saúde e prejuízo da vida cotidiana, divididos em seis categorias:

Transtorno de Ansiedade de Doenças seria a “hipocondria moderna”.

Transtorno de Conversão é o mesmo da classificação anterior, com sintomas neurológicos funcionais, mas inconsistente com a fisiopatologia neurológica.

Fatores psicológicos afetando outras condições médicas (FPCM) é um diagnóstico de uma condição médica conhecida e obrigatória, mas o sintoma psicológico ou comportamental detectado afeta seu curso, gerando risco, sofrimento, morte ou incapacidade. Esses sintomas e comportamentos podem ser contradição da doença ou má adesão ao tratamento. Como exemplo, o livro do DSM cita ansiedade através da exacerbação da asma; e manipulação de medicamentos para diabetes para perder peso.

Fatores psicológicos ou comportamentais associados à doença ou a transtornos classificados em outra parte cita a cardiomiopatia de Takotsubo e o estresse ocupacional que aumentam o risco de hipertensão arterial sistêmica, a “síndrome do coração partido” ou a síndrome de Takotsubo. Entende-se, portanto, que uma situação psicossocial (estressores) causaria uma patologia clínica séria. Portanto, não é mais um “palpite”, como no CDI, mas uma afirmação de que um meio pode causar uma doença clínica. Finalmente, o DSM menciona síndromes funcionais e as coloca nesta categoria: enxaqueca, síndrome do intestino irritável e fibromialgia.

Transtorno Factício não é uma mudança de personalidade como no CDI, mas sim um critério de diagnóstico para o distúrbio.

Outros Transtornos Relacionados a Sintomas Somáticos é uma categoria de diagnóstico que não atende aos critérios anteriores, um exemplo típico é a pseudociese. (APA, 2013).

O DSM 5 mudou a forma de diagnóstico da metodologia categórica para a dimensional. Essa ideia de uma visão dimensional das patologias psiquiátricas já foi usada em outros construtos teóricos. No conceito de dimensão, o DSM 5 utiliza as queixas somáticas de sofrimento e distúrbios no cotidiano do paciente como o núcleo do diagnóstico. Essas queixas podem ser tão específicas quanto a dor ou não tão específicas quanto a fadiga. Um diagnóstico é feito quando observamos pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados a sintomas somáticos ou relacionados a problemas de saúde. Agora devemos observar os sintomas em um indivíduo e, se esses sintomas forem desproporcionais, persistentes, com grande preocupação e preocupação com a saúde e os sintomas dos quais o paciente sofre.

Deve-se também implicar tempo e energia gastos nessas doenças, a condição deve durar pelo menos seis meses e pode ser classificada como leve, moderada ou grave. Esses sintomas, queixas somáticas, são os já mencionados "Sintomas sem explicação médica". No entanto, no DSM 5, o SEM não é mais relevante para o diagnóstico, pois anteriormente era necessário examinar cuidadosamente o sintoma (avaliação clínica) para classificá-lo como "inexplicável" e depois classificar o paciente como somatizador. Agora, o importante é a relevância que o paciente coloca em suas queixas somáticas. A queixa do paciente se torna genuína, com ou sem explicação médica.

Portanto, mesmo em pacientes com problemas clínicos "com justificativa médica", podemos classificá-los como um complexo de sintomas somáticos. O critério do DSM pressupõe que a aplicação desses critérios diagnósticos será mais próxima dos clínicos gerais do que dos psiquiatras, porque podemos ter um diagnóstico sobreposto entre infarto do miocárdio e um distúrbio de sintomas somáticos. (APA, 2013).

A Grande Demanda nos Serviços de Saúde

Para serviços de atenção primária e emergência, há uma grande demanda por pacientes com queixas somáticas, sem bases orgânicas identificáveis. O fenômeno universal é conhecido como "somatização", um termo frequentemente usado no ambiente médico e psiquiátrico, que melhor conceituou Lipowski em 1988 de que a somatização é definida aqui como uma tendência a sentir e comunicar desconforto e sintomas somáticos que não podem ser explicados por achados patológicos. Acredita-se que fatores psicológicos e psicossociais desempenhem um papel importante na etiologia dessa doença. Em pacientes com distúrbios de somatização, sintomas emocionais ou situações difíceis da vida ocorrem como sintomas físicos.

A somatização é mais frequente do que o esperado, pesquisas realizadas em vários países nas últimas décadas em serviços de atenção primária à saúde revelam a somatização de 16 a 50% das consultas. Em um estudo realizado na Dinamarca em 1999, os clínicos gerais identificaram somatização em 50 a 71% dos pacientes, de acordo com os critérios da CID-10. Em outro estudo, nenhuma causa orgânica foi encontrada em mais de 80% das consultas de cuidados primários para avaliar sintomas comuns, como tontura, dor no peito ou fadiga.

As queixas somáticas geram um grande número de encaminhamentos para especializações, exames e hospitalizações desnecessárias, o que acarreta altos custos para o sistema de saúde, além de reduzir a possibilidade de interrupção dos serviços, expondo os pacientes a riscos, maus-tratos, iatrogênese, proteção e consequências econômicas negativas, como ausência de trabalho, incapacidade e aposentadoria precoce.

No estudo da OMS, a presença de somatização não exclui o diagnóstico de outras doenças mentais e pode ser uma pista para o diagnóstico. Depressão e ansiedade são frequentemente associadas à somatização. Pacientes com distúrbio de somatização geralmente apresentam depressão concomitante (até 60%), transtornos de ansiedade como transtorno compulsivo obsessivo ou em pânico (até 50%), transtorno de personalidade (até 60%) ou distúrbio de abuso de substâncias psicoativas. Em uma amostra de 90.000 consultas com um médico de família, 72% dos pacientes que receberam diagnóstico psiquiátrico apresentaram um ou mais sintomas físicos entre as principais doenças.

Os pacientes somáticos geralmente procuram orientação médica, às vezes somente após uma visita de emergência, geralmente com a expectativa de um encaminhamento para especialização. Após uma avaliação preliminar para excluir condições clínicas orgânicas, o médico deve procurar registros médicos e ou histórico de vida se o paciente tiver evidências de algum transtorno mental comum associado a queixas somáticas como depressão, ansiedade, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, se houver um padrão de alto uso de serviços de saúde, e se anteriormente foi rejeitado por médicos anteriores. (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

A Importância da Visão Holística

O corpo é biográfico em sua compreensão geral, o corpo é interdisciplinar, subjetivo, com complexidade biológica e psicológica primitiva. O relacionamento entre corpo e mente está fora de alcance e representa uma ampla gama de pesquisas e interesses. Não apenas de profissionais da saúde, mas também de várias áreas fundidos no contexto das dimensões da compreensão de doenças e saúde físicas e mentais incompreensíveis.

A medicina psicossomática é entendida como a ideologia da saúde, hábitos e doenças, o foco é no cuidar e entender as pessoas, é um assunto subjetivo indispensável, no entanto, seu conceito é multifacetado e ainda vale a pena discutir devido à sua complexidade e tamanho.

Vale ponderar que a ideia de somatização surge da interação da tríade entre psíquico, biológico e social quando em decorrência de uma situação de tensão que ultrapassa a capacidade mental de realizar a elaboração psicológica e simbolização da situação, porque o estado emocional ainda está preso no corpo, é um conceito humano e científico, pois seu objetivo é o mecanismo de interação entre as dimensões psicológica e física. Além do corpo e o fato de a mente estar relacionada ao meio ambiente, está relacionada a integração biopsicossocial.

Esfera importante na compreensão do adoecimento do homem é a cultura que está inserido, os sintomas físicos sem explicação médica mudam conforme a tendência cultural, os indivíduos tendem a produzir sintomas adaptados ao estado atual da doença e são dissipados na cultura. Portanto, o caminho e a forma de apresentação dessas doenças são baseados em sintomas culturalmente disponíveis, relacionado com os pensamentos científicos atuais sobre o corpo humano, com uma explicação culturalmente razoável para certas doenças. O corpo anuncia que há um sujeito na causa da patologia, de forma que a via somática é o preâmbulo biográfico ao outro, uma vez que a técnica e o procedimento médico podem encobrir o sintoma, mas não impedem o gozo localizado no corpo.

Além da dimensão física, a integração psicossomática é atravessada pelo processo de amadurecimento, em termos comportamentais, que se relaciona com algo árduo como tarefa e que pode vir a se perder a qualquer momento, nesta tarefa específica de integração, não há área do desenvolvimento da personalidade que não esteja envolvida. (REIS; et al, 2018)

O conceito de saúde como um equilíbrio dinâmico, verifica o papel do paciente, sendo necessário mostrar aos indivíduos a possibilidade de autorreparo, na visão holística em saúde, a manutenção da saúde deve começar a se destacar, a ajuda deve ser pessoal e social.

Os profissionais de saúde devem ajustar suas práticas e relacionamentos com os clientes e ser responsáveis pelo equilíbrio entre indivíduos e sociedade. O relacionamento entre equipe médica e pacientes tem objetivo de educar os pacientes sobre a natureza e o significado da doença e a possibilidade de alterar o tipo de vida que causa a doença.

A visão holística na psicossomática é necessária para encontrar a ponte para unir diferentes conhecimentos e terapias que reconhecem a interdependência básica das manifestações biológicas, físicas, psicológicas e emocionais dos organismos e, portanto, são coerentes. (TEIXEIRA, 1996).

A medicina contemporânea é caracterizada por mais de especialização e demandas, além da instabilidade econômica e técnica de muitas instituições saúde, isso pode fortalecer a divisão histórica

entre mente e corpo, e seus sintomas relacionados são excessivos, diante disso, as dificuldades e preparação inadequada de profissionais, trazem o desentendimento de ver o paciente como um todo, ou seja, de recebê-lo de maneira holística.

De uma perspectiva holística, a medicina psicossomática tem considerações no cuidar de pacientes envolvidos nos problemas psicossociais, que afetam a vulnerabilidade dos indivíduos a todos os tipos de doenças. Sobre a interação entre fatores psicossociais e biológicos no curso da doença, terapias alternativas são realizadas para prevenção, reabilitação e tratamento doença. (ASSIS; et al, 2013).

Os males do século: Depressão, Ansiedade e Estresse.

Depressão

Pesquisas mostram que aproximadamente 20% da população mundial tem um ou mais episódios de depressão grave durante a vida e, à medida que cresce cada vez mais, estima-se que a depressão ocupe o segundo lugar entre as causas de doenças e incapacidades em todo o mundo em 2020, além de afetar principalmente as mulheres, a OMS estima que a depressão ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas de morbidade no mundo. Essa doença é vista como um verdadeiro distúrbio mental e debilitante, tanto que muitos a consideram o "mal do século".

A depressão é o principal distúrbio moderno em relação à saúde mental e pode ser causado por sofrimento mental (distresse: estresse prejudicial ou desagradável, é um estado de ansiedade, medo, preocupação ou agitação com efeitos psicológicos negativos e dor). É um mal superior à consulta psiquiátrica e à psicologia clínica, crescendo cada vez mais. Estima-se que a depressão ocupe em 2020 o segundo lugar entre as causas de doenças e incapacidades no mundo, depois das doenças cardiovasculares.

A depressão afeta todas as faixas etárias, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que haja mais de 100 milhões de pessoas com depressão em todo o mundo. Existem vários tipos de depressão:

Primária e Secundária: Primária significa que a doença progrediu por si só, e a secundária é quando a depressão é causada por outra doença.

Depressão neurótica e depressão psicótica: neurótica significa que não importa o quão doente a pessoa esteja, ela está sempre em contato com a realidade, a psicótica perde contato com a realidade ou suas crenças e podem diferir na normalidade do indivíduo.

Depressão endógena e exógena: endógena refere-se à depressão que vem de dentro sem uma causa óbvia e exógena quando a doença ocorre como resultado de um evento estressante, como a morte de um ente.

Transtorno afetivo unipolar e bipolar: A depressão unipolar é um distúrbio depressivo que ocorre em uma pessoa que experimenta um humor normal ou deprimido. Por outro lado, o transtorno bipolar experimenta diferentes humores, normal, deprimido, alto ou alvoroçado. (ANDRADE, 2013).

Os sintomas da depressão variam, incluindo estado de grande tristeza como choro e desespero, às vezes sem motivo. Não há alegria em nenhuma atividade. Sem motivação para nada. Perda ou aumento de apetite e peso, em alguns casos, o paciente tem um apetite excessivo ou apetite aumentado quase todos os dias. Distúrbios do sono como a insônia é mais comum, embora a depressão às vezes esteja associada ao excesso de sono. Movimentos lentos ou agitados como andar ou falar devagar ou sensação de inquietação. Cansaço ou perda de energia como fraqueza física com um rosto deprimido. Sentimentos negativos em relação a si mesmo. Falta de auto confiança. Culpa por coisas sem importância ou sensação de fracasso. Limitações das habilidades mentais como pensamento mais lento, diminuição da atenção e concentração. Ideias e intenções suicidas como pensar na morte como uma fuga, planejar, tentar e até cometer suicídio.

Há pessoas que temem a solidão, se sentem abandonadas e infelizes, dependendo do humor, pode causar melancolia e medo. Sentimentos de desamparo diante de uma situação e sensação de perda são as causas mais comuns e marcantes da depressão. Tudo depende da escala de valores que atribuímos às coisas. Se perdermos algo que consideramos essencial ou importante, podemos ou não manifestar a depressão.

No entanto, ainda existem pessoas que consideram a depressão "uma frescura", mas a verdade é que esses comportamentos de desânimo e cansaço não são falta de atitude, mas uma falha mental. alterações no sistema límbico (hipotálamo, hipocampo, amígdala, tálamo, giro cingulado e gânglios da base) se mostraram importantes, os neurocientistas dizem que o aumento da função límbica resulta em elevação anormal do humor ou mania, quando uma função é prejudicada os resultados são a depressão ou psicose.

Os transtornos de humor e humor estão relacionados à função cerebral, portanto, uma pessoa estressada mostra alterações na química do corpo e do cérebro. O hipotálamo e a glândula hipófise controlam a resposta do corpo ao estresse, aumentando ou diminuindo a produção de hormônios no cérebro. O aumento de um dos hormônios, o CRF, é o fator de liberação do hormônio corticotrofina, estimulando a produção da substância que estimula a produção de esteroides e cortisol pela glândula hipófise, esse aumento de esteroides afeta os neurotransmissores (monoaminas, noradrenalina e serotonina), que ao longo do tempo induzem reações depressivas, como falta de apetite, sono, entre outras. (ANDRADE, 2013).

Ansiedade

Vivemos em uma era de ansiedade da qual é muito provável que você conheça alguém que está sofrendo ou teve sintomas de respostas emocionais e fisiológicas como medo, palpitações, sudorese e calafrio. A ansiedade é a resposta normal do corpo a estímulos perigosos percebidos

Apesar de todo o desconforto, a ansiedade é funcional e foi essencial para a sobrevivência de nossos ancestrais. Os psicólogos evolucionistas analisaram a função do medo para determinar como ele poderia servir como guia ou nos proteger em determinadas situações, e o fato é que os medos do homem das cavernas eram de natureza adaptativa.

Lembre-se de que naqueles dias lugares altos eram perigosos, alimentos podiam ser contaminados e tentavam evitar a fome economizando comida para o inverno, era arriscado ofender estranhos, você não andava pelo campo aberto onde os leões o viam. Qualquer um que não estivesse ansioso o suficiente não sobreviveria.

Juntamente com a bondade do homem, outros perigos vieram tomar o lugar daqueles que enfatizavam nossos ancestrais. Atualmente, temos medo de competitividade social, segurança, competências profissionais, sobrevivência econômica, perspectivas futuras e uma infinidade de ameaças abstratas e reais. A ansiedade aparece em nossa vida cotidiana como um sentimento de pavor, o sentimento de que algo está prestes a acontecer, representa um estado constante de alerta e uma corrida constante para terminar as coisas que ainda não começamos. Estamos constantemente "vivendo" no futuro.

A ansiedade desempenha um papel importante em nossas vidas, nos faz correr ou lutar quando nos sentimos ameaçados. O problema não é a própria ansiedade, mas quando ocorre não enfrentamos uma ameaça real, ou o medo e a reação ao estressor são desproporcionais, causando graves perdas na vida daqueles que sofrem.

Os transtornos de ansiedade são muito mais graves que as preocupações diárias. As pessoas com esse distúrbio geralmente são incapazes de trabalhar efetivamente, socializar, viajar ou manter relacionamentos estáveis. Estudos mostraram que cerca de 70% das pessoas com ansiedade não fazem ou recebem tratamento adequado, o que pode ser catastrófico. A ansiedade não tratada enfraquece significativamente a vida das pessoas, levando ao alcoolismo ou abuso de drogas, depressão e incapacidade funcional

Os sintomas mais comuns associados à ansiedade crônica podem ser tremores ou sensação de fraqueza, tensão ou dor muscular, inquietação, fadiga ou falta de ar, palpitações, sudorese, boca seca, tonturas, náusea, diarreia, rubor, calafrios, poliúria (aumento da produção de urina), desconforto na garganta, impaciência, reação exagerada à surpresas, dificuldade de concentração ou memória prejudicada, dificuldade em conciliar e manter o sono e irritabilidade. (SORTE, 2014).

Estresse

No início do século XIX, quando houve intensas mudanças no modo de produção e vida na sociedade, o conceito de doença foi reduzido a aspectos quantitativos e variados, o que reduziu o corpo físico a aspectos puramente biológicos. De acordo com esse conceito, a diferença entre normal e patológico era simplesmente uma deficiência ou excesso de algum componente fisiológico. No entanto, em 1943, Georges Canguilhem defendeu seu doutorado em medicina, opondo-se ao pensamento conceitual sobre os fenômenos patológicos dominantes da época.

Para esse filósofo, o homem é saudável desde que seja normativo em relação às flutuações do ambiente. Em outras palavras, o corpo físico é o produto de atividades no ambiente social e cultural em que vive, desde que possa contribuir para determinar os aspectos externos da saúde de um indivíduo. Assim, as premissas de Canguilhem iniciaram uma nova discussão sobre os conceitos de saúde e doença, buscando esclarecer os mistérios da vida e o binômio normal / patológico, introduzindo vários fatores que podem afetar o processo de doença e saúde na sociedade, incluindo diariamente a avaliação dos aspectos qualitativos e experiências que o indivíduo tem com o meio ambiente.

O ambiente e a rotina que um indivíduo é colocado na sociedade devem ser considerados como uma perspectiva complexa, abrangendo não apenas aspectos do próprio trabalho, mas também relações interpessoais, relações com o meio ambiente e a própria subjetividade. Enquanto isso, as teorias sobre o estresse e suas intervenções no corpo-mente e na vida do indivíduo estão sendo consolidadas e levam a novos conceitos e reflexões sobre como o estresse fisiológico (eustress) pode induzir estresse patológico (distress) no corpo. O estresse é um fenômeno normal no corpo humano, um elemento que desencadeia motivação, melhora o desempenho em ação, além de inspirar a superar desafios.

O eustress é o estresse normal em nosso corpo que funciona como um elemento fisiológico e combustível, um impulso. No entanto, a vida cotidiana e os modos de vida da sociedade de hoje estão imersos no ritmo dinâmico da ação, a presença de competição nos relacionamentos interpessoais pode causar emoções negativas no organismo do indivíduo, levando a um aumento exagerado na liberação do estresse, que pode ter ramificações para várias patologias no corpo físico.

O distress, é anormal, é um modo patológico do estresse e deve ser entendido como um modelo transacional que afeta a saúde e está enraizado nos problemas cotidianos. Medido pela frequência, intensidade e duração, bem como mediado pela personalidade e estilo de enfrentamento individual de cada um.

Dados atuais da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que aproximadamente 90% da população mundial sofre de estresse, muitas vezes associado a uma epidemia no contexto social atual,

devido ao ritmo acelerado da vida vivenciado pelos indivíduos, ou seja, é um problema comum que pode causar uma série de desordens no organismo. (MARTINS; et al, 2016).

Mudanças na ordem econômica e social, baseadas nos processos de industrialização e capitalismo nascente, começaram a exigir a adaptação do corpo humano a esses novos ritmos intensos e energéticos. Isso aconteceu como resultado de sucessivos avanços tecnológicos, mudanças nos ritmos e no ambiente em que a vida ocorre, além da aceleração dos tempos e modos de viver em sociedade. Nesta perspectiva, o mundo e as mudanças da modernidade colocaram a saúde de um indivíduo como um valor e uma fonte de força. Uma pessoa saudável tornou-se uma máquina facilmente manipulada para o capitalismo, capaz de desempenhar muitas funções no mesmo ambiente.

Como resultado, no século XVIII, a renda e a saúde de um indivíduo tornaram-se essenciais para o bom funcionamento do mecanismo social. Afinal, aqueles que são saudáveis podem concluir suas tarefas rapidamente para sustentar o capitalismo emergente. O corpo é monitorado com frequência e quantificado para garantir a produtividade. No entanto, esse ritmo intenso e louco, em decorrência do despertar da sociedade, desencadeia diversas situações no corpo dos indivíduos da sociedade, dentre essas mudanças estão a fadiga, exaustão nervosa, depressão, diversas doenças crônicas e agudas de origem repentina.

Em tais situações, o corpo é forçado a desenvolver a capacidade de se adaptar de maneira contrária ao que foi preparado biologicamente. Exigir que o corpo se adapte melhor para lidar com situações estressantes. Como resultado, essas condições de vida começaram a afetar diretamente os estímulos de liberação de estresse no corpo do indivíduo. O estresse é sentido no corpo físico através da Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Quando o corpo visualiza uma situação estressante que pode ser tanto motivadora quanto positiva, além de evocar emoções negativas, a reação imediata é liberar o estresse. O SAG, portanto, consiste em três fases: a fase de alarme, na qual as primeiras reações do corpo desencadeiam o estado, alerta do corpo para a situação, podendo causar palidez, taquicardia, tensão, sudorese excessiva.

A segunda fase é a fase de resistência que ocorre enquanto o contato com o estressor ainda está presente, durante esta fase, o corpo procura se adaptar aos fenômenos indutores de estresse, frequentemente liberando adrenalina na corrente sanguínea. A última fase é a exaustão, como resultado, as reservas são esgotadas e aparecem sintomas de doenças graves que podem levar à morte do corpo, como câncer, ataque cardíaco, várias doenças crônicas.

Na vida cotidiana, que exige cada vez mais reservas do corpo e da mente para enfrentar emergências sociais, a fluidez das relações interpessoais e o excesso de trabalho, o estresse começa a ser aliviado constantemente, pois é capaz de modificar a composição química e orgânica e a funcionalidade

do corpo, sendo capaz de levar esse corpo à exaustão. Ou seja, quando o corpo tenta se adaptar e ajustar a pressão do ambiente em que nossa fisiologia responde, liberando hormônios (adrenalina, cortisol) que tentam manter o corpo em equilíbrio. No entanto, a liberação excessiva deles pode causar doenças no corpo, taquicardia frequente e diminuição da imunidade.

Nessas perspectivas, o estresse patológico é uma consequência direta desse desequilíbrio. A corporeidade do homem moderno vive em constante tensão para produzir, trabalhar e viver cada vez mais, capaz de determinar essas mudanças fisiológicas e orgânicas no indivíduo, tornando-se vítimas das pressões e demandas da sociedade em que vive. (MARTINS; et al, 2016).

Instrumentos: Acolhimento, Empatia e Escuta Qualificada.

As doenças psicossomáticas podem ser consideradas uma descarga de sofrimentos que não são corretamente processadas no desenvolvimento do indivíduo. Essas vivências precisam ser apresentadas, pensadas e apuradas ao invés de serem canalizadas totalmente sobre o corpo, apresentando quadros de enfermidades que se manifestam nos conflitos psíquicos. O fator psíquico pode ser inconsciente em algumas patologias em relação a dependência com as emoções, que podem provir de desequilíbrios hormonais de origem psíquica.

Mesmo que o profissional da saúde trabalhe com tantas variáveis é importante ter a disponibilidade para ouvir e acolher as angústias do paciente com uma escuta qualificada e diferenciada, ampliando sua visão. O profissional da saúde de hoje deve estar munido para confrontar os aspectos mais obscuros e compreender a propagação das patologias de conflitos psíquicos.

A escuta qualificada pode obter informações sobre o paciente, que permitirá atender às suas necessidades, tornando-se assim uma maneira de oferecer atendimento de qualidade, pois através dele é possível reconhecer e acolher com empatia as necessidades do paciente. No acolhimento durante a anamnese, o paciente encontra-se com vários sentimentos negativos na maioria dos casos, e dependendo do ambiente ainda pode causar insegurança, portanto, a escuta qualificada representa uma estratégia altamente relevante para a prática de cuidados, o que ajuda muito no desenvolvimento de estratégias de cuidados eficazes. No acolhimento, a escuta qualificada pode ser uma ferramenta terapêutica.

Quanto à importância da escuta qualificada como ferramenta útil, é importante ouvir cada paciente completamente, através dela, é possível encontrar outros problemas que interferem na saúde do indivíduo que podem afetar seriamente no seu prognóstico e qualidade de vida após a alta. Somente quando o profissional identifica as necessidades do paciente, é que um plano de cuidados eficaz pode ser elaborado,

e somente através da interação adequada. Para melhor interação, a política nacional de humanização promove a humanização, onde a saúde pode ser produzida de maneira qualificada para responder às particularidades do sujeito e do coletivo na prática de atenção à saúde. O acolhimento utiliza principalmente comportamentos de escuta, porque esse permite construir respostas às necessidades do usuário.

Portanto, ter empatia e ouvir são habilidades básicas do profissional no acolhimento, para que ele possa adotar uma postura de boas-vindas, de ouvir e dar uma resposta adequada, expandindo o alcance de um cuidado abrangente e humanizado quanto as necessidades reais. (RODRIGUES; CAVALVANTE, 2015).

A empatia foi mencionada pela primeira vez em 1967 por Paul McLean, um médico neurocientista americano, reconhecido por desenvolver o conceito do sistema límbico embasado na ligação entre o cérebro-visceral e doença psicossomática. McLean afirmou que a empatia deve ser educada como a capacidade de identificar e sentir os sentimentos dos outros. A base da empatia está em focar nas outras pessoas.

A empatia pode ser englobada sob três aspectos: cognitiva, emocional e preocupação empática. Na empatia cognitiva, temos a capacidade de ver o outro sob a perspectiva dele e não a nossa, pensando assim sobre os sentimentos dos outros e senti-los. Na empatia emocional temos a capacidade de sentir o que o outro sente. Já na preocupação empática temos a capacidade de entender o que o outro precisa. Ser educado não significa ser necessariamente empático, a empatia é um suporte positivo para a gentileza, quando uma ação gentil é gerada pelo gatilho de se colocar no lugar do outro. De acordo com a empatia, a conexão entre profissional e paciente se dá a compreensão ao entender o contexto em que a pessoa se encontra, sendo essencial para todo profissional da saúde, inclusive no atendimento a pacientes psicossomáticos. (BORGES, 2020).

O acolhimento é uma função fundamental dos profissionais de saúde no amparo de pacientes psicossomáticos, sendo no diagnóstico, no tratamento e na busca de melhor qualidade de vida. Os diferentes seguimentos de saúde com base nas experiências adquiridas no campo da medicina psicossomática, percebe-se que não existe desconexão entre mente e corpo, entende-se então, a ligação entre o contexto social e a doença. A relação entre profissional e paciente, na abordagem organicista, exige do profissional um posicionamento particularizado.

No acolhimento do paciente psicossomático, o primeiro passo é reconhecer suas causas inexplicáveis pela lógica orgânica, realizando após uma triagem de rastreamento e disponibilizando atendimento de intervenção. Os instrumentos de rastreamento utilizados são SRQ e QSG. (ASSIS; et al, 2013).

O SRQ é um instrumento recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, os países em desenvolvimento aderem esse instrumento e preenchem critérios em termos de facilidade de uso e custo reduzido. Ele é composto por 30 questões, sendo 20 sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não-psicóticos, 4 para rastreamento de transtornos psicóticos, 1 para rastreamento de convulsões do tipo tônico-clônica e 5 questões para rastreamento de transtorno por uso de álcool. Por ser um instrumento para rastreamento, e não para diagnóstico, a determinação para detecção de casos, em sua sensibilidade e especificidade, é necessária uma conferência com a entrevista do psiquiátrica. (SANTOS; et al, 2009).

O QSG (*Questionário de Saúde Geral*), é um instrumento de avaliações rápidas sobre desconforto psicológico, sem comprometer evidências de confiabilidade de suas pontuações, é composto por questões em base a estudos com análises fatoriais. A versão mais utilizada possui 12 questões para medir o conforto psicológico para mensurar morbidade psicológica. (GOUVEIA; et al, 2012).

Política de humanização do SUS

O Programa Nacional de Humanização, propõem se constituir na política, diferentes setores e programas do Ministério da Saúde, por meio da valorização da dimensão humana das práticas de saúde. Ao completar cinco anos da PNH, em 2008, foi idealizado como uma política de governo recebendo lugar de política pública, distribuindo os princípios, as diretrizes e os dispositivos da Política, com atitude de corresponsabilidade, de protagonismo e de autonomia na realidade concreta dos trabalhadores e usuários de saúde.

Na elaboração da Constituição Federal em 1988, a saúde se declarou como direito e dever, os valores de universalidade, integralidade e equidade, atribuindo comumente a comunicação, os interesses, os compromissos e perspectivas do corpo social. São princípios metodológicos a transversalidade na comunicação intra e intergrupos, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos.

Incorporado no serviço público de saúde, observa-se momentos de implementações, avaliações e revisões a respeito da garantia e da efetividade do processo saúde-doença. É um grande desafio para o sistema de saúde proceder pacientes psicossomáticos, são como itinerantes do indescritível que procuram encontrar um desfecho eficiente para suas doenças.

O Sistema Único de Saúde na Política de Humanização da Saúde aprimora ferramentas com um olhar a começar da psicossomática. O acolhimento é uma ferramenta da Política Nacional de

Humanização na saúde pública no Brasil e vem sendo utilizada para possibilitar os princípios e resultados desta Política. (Brasil, 2004).

Percebe-se o valor da escuta clínica dos profissionais de saúde quando aplicam o acolhimento corretamente. Na tentativa de compreender, oportunidades surgem quando o paciente psicossomático entra em contato com o acolhimento no sistema de saúde. Encontrar um profissional capacitado para uma escuta clínica atenta e centrada, possibilita a criação de um vínculo dando significado à expressão somática.

O acolhimento e a escuta atenta, concedem uma atuação ativa e efetiva dos profissionais envolvidos no processo de promoção de saúde, sendo importante estarem abertos ao encontro e compromisso com o paciente (Brasil, 2006).

O Desafio do Diagnóstico

Na prática, a somatização geralmente passa despercebida, a formação médica tradicional é baseada em uma ruptura estabelecida no conhecimento médico de Descartes, supondo o estado da ciência, a medicina adotou a dimensão biológica do corpo humano como um objeto, em oposição à dimensão psicológica e social, partindo da visão tradicional, de um homem no mundo uniforme e integrado. A prática médica concentra-se no diagnóstico e tratamento de desordens orgânicas ou mentais, deixando a maioria dos médicos despreparados para reconhecer e tratar pessoas que "somatizam". Se não forem identificados e tratados adequadamente, esses pacientes podem ser vítimas de intervenções frustrantes, dispendiosas e potencialmente perigosas que não contribuem para reduzir o alto nível de sofrimento e incapacidade que costumam relatar.

Os somatizadores estão convencidos de seus sintomas, que o sofrimento provém de algum tipo de distúrbio físico que provavelmente é desconhecido e incurável. Em algumas situações, o médico se sente desconfortável e tenta liberar rapidamente um paciente que, na sua opinião, "não tem nada" ou cujo problema "não está no corpo, mas na cabeça". Nestes casos, são diagnosticados de "distonia neurovegetativa" (DNV) ou o rótulo pejorativo "piripaque", "piti" ou paciente poliqueixoso.

Os deslumbrantes avanços da ciência e tecnologia médicas nas últimas décadas, a abundância de pesquisas auxiliares e a importância e "necessidade" que os pacientes estão acostumados a atribuir a essas pesquisas estão contribuindo para distorções adicionais. Na prática, a somatização é geralmente um diagnóstico de exclusão. No entanto, é muito mais eficaz procurar um diagnóstico positivo de somatização quando o paciente tem as características típicas e inicia estratégias de tratamento. Como processo, a

somatização se manifesta como um espectro, desde a expressão de sintomas leves até o diagnóstico psiquiátrico de distúrbios somatoformes.

Eles são caracterizados pela presença de sintomas físicos que persistem por meses ou anos, sugerindo a presença de doenças clínicas ou cirúrgicas, mas que não podem ser totalmente explicados por nenhuma das patologias orgânicas conhecidas, ou outros transtornos mentais, ou pelo efeito do uso de substâncias. Mesmo no caso de doença orgânica confirmada, não há explicação lógica para a natureza e intensidade das queixas apresentadas. Os sintomas não são deliberadamente desencadeados e devem ter intensidade suficiente para causar distúrbios clinicamente significativos ou deterioração do desempenho social, profissional e familiar. Outra característica é a recusa do paciente em aceitar a possibilidade de sua doença ser de origem psicológica. (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

Alguns pacientes que se referiram a um médico clínico com queixas físicas pouco claras quando foram encaminhados a um psiquiatra não atribuíram seus sintomas a doenças físicas. Esses pacientes foram considerados somatizadores "opcionais" e não "reais". Nos somatizadores graves predisponentes, são identificados fatores de suporte e causadores. Fatores genéticos e histórico de somatização familiar são fatores de risco para ansiedade somática, os membros da família podem funcionar como um modelo ou melhorar o comportamento da doença. Fatores predisponentes, fatores que precedem a doença pessoal ou familiar na infância, traços de personalidade (susceptibilidade ao estresse, baixa autoestima, tendência à ansiedade, dissociação, hostilidade, depressão) ou superestimação do tipo e atividade física (perfis atléticos também são levados em consideração). Outro traço de personalidade predisponente é a alexitimia, são pessoas com dificuldades em reconhecer, comunicar e descrever seus próprios sentimentos, além de distinguir entre estados emocionais e sentimentos físicos, as emoções podem encontrar uma maneira de se expressar através da linguagem corporal.

Vários estudos sugerem uma relação entre somatização e abuso sexual ou físico histórico em uma proporção significativa de pacientes. Situações estressantes da vida, como medo de "expectativas não atendidas", dificuldades no trabalho ou dificuldades econômicas, perdas, mal-entendidos, doenças ou morte podem ser fatores desencadeantes. A somatização é frequentemente considerada uma expressão de "dor mental" na forma de queixas corporais em pessoas que não possuem vocabulário para expressar seu sofrimento de maneira diferente.

Os sintomas resultam de sensações corporais aprimoradas que são mal interpretadas ou de expressões somáticas de emoções. As pessoas preocupadas com a doença e sensíveis às sensações geralmente procuram anormalidades no corpo, detectando sensações que se identificam com os sintomas da doença. As reclamações persistentes também podem ser uma maneira eficaz de expressar raiva e punir

aqueles que são incapazes de atender às necessidades emocionais daqueles que dormem, não se trata de simulação, o paciente não "finge" um sintoma, ele não tem controle sobre o processo e sofre.

Existem várias ferramentas positivas de somatização diagnóstica baseadas em pesquisa e experiência clínica, duas condições são necessárias para estabelecer o diagnóstico de somatização, a primeira é a presença de vários sintomas pouco claros ou exagerados em vários sistemas orgânicos, e a segunda é que essas doenças apresentam evolução crônica superior a 2 anos. A maioria dos sintomas também ocorre em pacientes com patologia orgânica e requer um exame médico completo. No entanto, um paciente somatizante tem muitos sintomas, em vários sistemas que persistem por muito tempo e geralmente chamam a atenção do médico porque são desproporcionais ao aspecto saudável do paciente. (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

A conclusão desses médicos geralmente são "você não tem nada", "está tudo na sua cabeça" Esse tipo de observação pode provocar rebelião, descrédito ou rejeição, além de agravar os sintomas e a angústia do paciente. Seu senso ou crença de doença está em conflito com o julgamento convencional e objetivo do médico sobre saúde ou doença. Quando isso acontece, o paciente geralmente atribui a culpa ao o médico muitas vezes taxado como incompetente ou inexperiente e que ele deve procurar outro especialista.

Um estudo mostrou que pacientes com distúrbios somáticos consideravam os médicos incompetentes e inexperientes se suas explicações questionassem a realidade dos sintomas. David Servan-Schreiber comenta que os médicos devem entender que o conceito de somatização vai muito além do domínio da mente racional do paciente e, portanto, vai além da maneira usual de tratar a doença, procurando intervenções que podem ajudar a lidar e minimizar os sintomas.

Compreender a situação do paciente e o abordar com atenção, pode acalmá-lo, reconhecendo o sofrimento e as limitações do tratamento, evitando a rejeição. Atribuir um nome ou 'rótulo' para uma doença como 'fibromialgia' ou 'síndrome da fadiga crônica' também ajuda porque o paciente se identifica com o modelo tradicional da doença, melhorando as relações médico-paciente e concentrando esforços para um melhor funcionamento global.

Ao iniciar o tratamento para um paciente com distúrbios somáticos, o clínico deve levar em consideração a probabilidade de comorbidades associadas ao transtorno depressivo ou de ansiedade e pensar em tentar medicamentos antidepressivos, considerando que o paciente pode ser hipersensível a medicamentos ou efeitos colaterais. A prescrição de antidepressivos requer cuidadosa preparação e orientação do paciente, baixas doses iniciais e lento ajuste da dose, além de provisão contínua. Embora a terapia medicamentosa possa frequentemente ser benéfica, ela não resolve os mecanismos de exacerbação dos sintomas associada à somatização e, portanto, é apenas parte do tratamento.

A consulta psiquiátrica pode ser útil se o paciente aceitar o encaminhamento para avaliar distúrbios de personalidade, a possibilidade de outros transtornos psiquiátricos co-mórbidos e recomendações de tratamento para dependentes. Os pacientes podem se beneficiar significativamente do tratamento psicoterapêutico individual, grupal, familiar ou psicopedagógico. Entenda que o desenvolvimento dos sintomas é inconsciente. (LAZZARO; ÁVILA, 2004).

Tratamentos

Como a maioria dos sintomas físicos pode estar relacionada ao sofrimento psicológico, ansiedade e depressão, a psicoterapia é usada para tratar as doenças psicossomáticas. O psicólogo direcionará a conduta para a construção de um novo olhar sobre a expectativa do paciente em relação aos sintomas físicos gerados por fatores emocionais. O tratamento visa melhorar as funções diárias na família, nas relações pessoais, sociais e no trabalho. Além da psicoterapia, o acompanhamento psiquiátrico é essencial para o tratamento direto e avaliação do estado do paciente. Outro ponto relacionado é a combinação de medicamentos diferentes e complementares para melhorar a eficácia do tratamento. A reabilitação mental também é uma medida necessária para a melhora das dores físicas; mudar hábitos; melhorar a qualidade de sono e a forma de pensar são essenciais nesses casos. (MAGAGNIN, 2008).

Terapias alternativas complementares

As terapias alternativas ou terapias holísticas são técnicas projetadas para ajudar a saúde de um indivíduo (seja prevenção, tratamento ou cura), tratando o indivíduo como mente/corpo/espírito, e não como um conjunto de partes isoladas. É importante frisar que as práticas integrativas trabalham associadamente com a medicina tradicional, e proporcionam melhores resultados simultaneamente. (Brasil, 2006).

Acupuntura

A Acupuntura é uma terapia milenar que pode prevenir, tratar e curar patologias, caracteriza-se pelo estímulo de pontos distribuídos pelo corpo por meio de uma agulha. A mensagem gerada por esses estímulos segue pelos nervos periféricos até o sistema nervoso central, liberando neurotransmissores e desencadeando efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e relaxante muscular, além de também ser capaz de regular as emoções.

Os seus excelentes resultados são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde. Trata-se de uma excelente terapêutica holística que atua diretamente em níveis complexos do funcionamento do ser vivo

(psicológico, comportamental, biológico). A acupuntura pode efetivamente controlar a ansiedade, insônia e estresse. (DA SILVA, 2007).

Hipnose

A terapia hipnótica (hipnoterapia) é fundamentada em um conjunto de técnicas que visam ampliar a consciência de uma pessoa através de concentração focada e relaxamento. Pode ser útil para o tratamento de fobias, dores crônicas, estresse, depressão e transtornos psicofisiológicos. Existem dois tipos de hipnose, a clássica e Ericksoniana. Na hipnose clássica, se tem uma série de técnicas, o paciente recebe sugestões diretas para entrar em um estado diferente de consciência/percepção e experimentar alterações sensoriais e mudanças cognitivo/comportamentais. Na Hipnose Ericksoniana é utilizada a indução indireta, interativa, partindo da observação do paciente (comunicação verbal e não verbal) para tratar seus pacientes. Se utilizam contos, histórias e metáforas com sugestões embutidas e delineadas a partir de cada paciente (sob medida) no tratamento. Acredita-se que todas as pessoas podem ser hipnotizadas, sendo tarefa do terapeuta encontrar o caminho natural de cada uma, para que assim o paciente possa acessar seus recursos internos (inconscientes) para obter resultados terapêuticos.

Foi constatado que durante a indução hipnótica praticamente todo hemisfério cerebral esquerdo é ativado com visível ativação do giro anterior do cíngulo a direita, além disso, as alucinações durante a hipnose e a imaginação em estado de vigília são eventos que para ocorrerem utilizam circuitos cerebrais diferentes. Por fim, salienta-se que é possível alterar substancialmente as funções do sistema nervoso autônomo por meio da hipnose. A hipnose foi considerada pelo Conselho Federal de Psicologia como recurso auxiliar no trabalho do psicólogo, principalmente a Hipnose Ericksoniana, que tem reconhecimento científico e aplicação prática, e é eficaz na resolução de problemas psicológicos e físicos dos indivíduos. (GLASS; REALE, 2019).

Massoterapia

A massagem como recurso terapêutico tem sido reconhecida como uma das terapias mais eficazes para o alívio da dor e prevenção de doenças. Dentro da visão holística, seu trabalho é conscientizar o indivíduo sobre seu corpo, suas tensões, sua respiração e suas cargas emocionais, bem como melhorar a nutrição dos tecidos aumentando a circulação sanguínea e linfática. Pela somatização, podemos explicar que um trauma que o sujeito não consegue superar, pode se tornar um feixe de músculos rígidos, a couraça que atua no nível psicológico e muscular. Uma das formas de trabalhar o trauma, é tocar em um dos segmentos da armadura distribuídos pelo corpo como olhos, boca, pescoço, parte superior do tórax,

músculos e abdômen, por meio de massagem de consciência mental, ou seja, através das próprias expressões verbais do paciente.

O comportamento expresso durante a massagem pode comprovar a estrutura do sujeito. Todos esses fatores ajudam a aliviar a dor física e emocional, beneficiando todo o corpo, bem como o sistema nervoso central e autônomo. Casos considerados "incuráveis" na medicina tradicional receberam uma visão especial da massoterapia, que leva em consideração todos os aspectos da existência, especialmente os aspectos energéticos. Todas as formas de toque estimulam os impulsos eletroquímicos da pele e seus diversos receptores. Todas as partes do corpo são inervadas pela medula espinhal. A tensão anormal pode fazer com que os músculos da coluna se contraíam, afetando os nervos e causando dor. Quando a tensão é reduzida, os músculos param de se contrair, os vasos sanguíneos relaxam e os vasos sanguíneos são reduzidos, permitindo que o sangue flua livremente, absorvendo nutrientes e oxigênio necessários para todos os órgãos e tecidos do corpo.

Desse modo, como a couraça captura energia, ela pode fluir melhor pelo corpo. Quanto mais relaxado for o feixe muscular, maior será a circulação de energia. A massoterapia é capaz de aumentar a imunidade, a estimulação da pele ativa os linfócitos T no corpo. Tem efeito calmante, a exposição terapêutica reduz a ansiedade aguda do paciente, que quando utilizada, ao sistema nervoso autônomo, o humor se acalma. Ela pode favorecer a circulação de refluxo lento ou estagnado e, reabsorve muitas toxinas e reativa as proteínas do meio intersticial. Reduz a fadiga, onde auxilia no alívio dos efeitos do estresse, como hipertensão, úlceras, indigestão, doenças infecciosas, gastrointestinais, insônia, dores de cabeça, ansiedade e depressão. Também libera endorfinas com efeitos analgésicos, onde o toque estimula a glândula pituitária a produzir endorfinas. (SEUBERT; VERONESE, 2008).

Reiki

O reiki é uma expressão japonesa e uma forma de terapia baseada em energia universal (REI) e vital (KI), através da imposição de mãos, o objetivo é restaurar o equilíbrio vital eliminando doenças e promovendo saúde. O fluxo dessa energia é chamado de "Chacras", e existem sete chacras principais, sendo que o central é localizado no topo da cabeça (chakra coronário) enviando energia para o outros chacras, sendo eles, frontal, laríngeo, plexo solar, sacro e básico.

O reiki ajuda o indivíduo a entrar em contato consigo mesmo, proporcionando crescimento espiritual e contribuindo para o desenvolvimento físico, mental e emocional, mas como não há evidências científicas dessa eficácia, não foi reconhecido pela medicina. O Reiki é considerado uma ciência energética, tendo sua explicação em bases e teorias do modelo de física, física quântica,

bioeletromagnetismo e vibrações com influências fisiológicas. A cura começa na cabeça, passa pelo tronco e em seguida, nos pés. O Toque Terapêutico é dividido em 4 fases: a centralização da consciência, a avaliação do campo de energia do paciente, reequilíbrio de energia e reavaliação do campo de energia do paciente.

A terapia alternativa de Reiki não está ligada à cura, mas a um “Transformação”, onde os hábitos e a percepção do mundo são reformulados para criar práticas e certos relacionamentos dentro de um conjunto de parâmetros para seguir, reorganizando sua visão de mundo. Em sua tarefa de ressignificação, as situações transformadoras devem ser baseadas em palavras e ações, sendo um conjunto de comportamentos e valores associados neste universo, determinando um “estilo de vida”.

As qualidades exigidas dos praticantes de Reiki são: complacência, serenidade, resignação, honestidade e respeito. O indivíduo está em contínuo transformação, sendo o autoconhecimento necessário para constituir a “cura”. A natureza dessas energias ainda não foi esclarecida, mas sugere uma conexão com a radiação infravermelha, que são invisíveis e penetrantes. Alguns cientistas têm tentado entender a lógica dessas energias físicas que são transmitidas pelos humanos. Essas energias estão sendo estudadas por meio de magnetômetros, câmeras e dispositivos eletrônicos sofisticados, onde concluem que estas energias existem e podem ser comprovadas por meio de algumas tecnologias.

O Reiki tem uma relação direta com o corpo, a mente, a saúde e a doença, e também com o meio social, buscando compreender o ser humano na sua totalidade, sua energia revitalizante para o tratamento de doença, se gradua harmonizando e equilibrando as energias vitais para alcançar resultados de bem-estar físico e emocional associados a tratamentos médicos tradicional, pois os conflitos emocionais mal elaborados pelo organismo aparecem como sintomas no corpo físico. (SOUZA, 2012).

Yoga

O Yoga é uma filosofia milenar que se originou na Índia, foi usada nos últimos séculos e manteve sua essência e objetivos. Existem mais de 25 tipos ou formas de yoga, mas no mundo ocidental as formas são diversas, sendo a mais conhecida a forma de yoga (chamada pránáyáma) que utiliza exercícios respiratórios para equilibrar a energia biológica (orgônio), posturas corporais de alongamento (asanas), força isométrica e equilíbrio, relaxamento psicofísico (yoganidra) e meditação (dhyana). No Ocidente, como a cultura ocidental é científica, o yoga é usado principalmente como um estilo de vida saudável e como tratamento. Ao promover a homeostase psicológica e fisiológica do indivíduo, podemos concluir que a prática regular de yoga é essencial para combater e prevenir o estresse.

A ciência ocidental acredita que a respiração é apenas um fenômeno fisiológico, pois esse organismo usa o oxigênio do ar para realizar a transformação química necessária para a distribuição do

sangue a todas as células. No entanto, para o yoga, a respiração não é apenas um fato físico. Em virtude de fazer dos planos fisiológico, psíquico e prânico, a respiração é um dos atos mais importantes de nossas vidas. Ela é o único processo fisiológico duplamente voluntário e involuntário.

Na inquietação mental e emocional, foi observada respiração rápida. Em estados em que estamos fisicamente, mentalmente e emocionalmente calmos, essa situação se tornará cada vez mais lenta. Se cairmos em um conflito entre duas tendências ou desejos opostos, a respiração se tornará irregular e os ritmos cardíacos, irregulares. No entanto, se nos encontrarmos completos e sem contradições espirituais, respiraremos continuamente. Por outro lado, quando controlamos e desaceleramos voluntariamente nossa respiração por meio de exercícios respiratórios, causamos tranquilidade emocional e psicológica. Ritmicamente, estabelecemos paz entre nossos pensamentos.

Segundo a cultura oriental, controlando a respiração, pode-se não só controlar melhor o corpo e as emoções, mas também controlar a energia vital, prana, bioenergia ou orgônio. Para a cultura ocidental, o equilíbrio entre mente e corpo é alcançado e mantido por meio da respiração. Estudos têm demonstrado que existe uma estreita ligação entre a vida psicológica e emocional, de modo que certos sintomas de asma são atribuídos à insegurança emocional e ao medo do abandono. Na verdade, a respiração oral e superficial, são sintomas de ansiedade e são fenômenos controláveis. (BAPTISTA; DANTAS, 2002).

REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Cleber Assis; et al., pode-se entender que psicossomática é um termo empregado para definir a influência que a mente/psiquismo possui sobre o corpo, ou seja, fatores psicológicos como tensão, humor, pressão e problemas emocionais não resolvidos acabam se refletindo no organismo, ocasionando sintomas que os exames clínicos são incapazes de detectar. Seja pelas necessidades espontâneas dos pacientes ou pelo encaminhamento de outros especialistas em saúde, os profissionais da psicologia pareceram como o profissional com maior conhecimento e prática junto a esse tipo de paciente, o que lhe coloca numa situação estratégica e diferenciada que pode ser útil numa possível prática interdisciplinar. Portanto, os profissionais de saúde devem aderir a uma concepção de humano mais integral, um conhecimento aprofundado e uma prática efetivamente interdisciplinar em torno do sujeito que sofre.

Conforme o estudo de Richard Dum; et al., o controle da medula adrenal está embutido nas áreas corticais, que estão envolvidas no controle motor, cognitivo e emocional. Isso significa que operações

mentais, como preparação para a ação, valorização do conflito e sentimento de tristeza, podem estar ligadas à regulação da função adrenal. O córtex cerebral é onde a neuroplasticidade e as informações são armazenadas. Como resultado, a plasticidade anormal pode ser a causa ou facilitar as doenças psicossomáticas, assim como a participação na plasticidade cortical por meio do movimento, pensamento e sentimento pode ajudar a curá-las ou melhorá-las.

A Autora Carolina Borges defende que a escuta qualificada contribui para a melhoria da atenção centrada na pessoa com transtorno mental. Esse tipo de escuta ajuda a partir do momento que é realizada qualificadamente, e para essas pessoas significa resolução de problemas, compreensão e confiança. Quando oferecida, melhora a condição e expressão do usuário; quando deficiente, dificulta e pode ocasionar agravamento do estado mental.

Para Hiasmin Rodrigues e João Cavalcante, o ouvir é uma habilidade imprescindível para o profissional que se encontra no acolhimento, pois permite a construção de uma resposta às necessidades do usuário, assumindo uma postura capaz de acolher, ouvir e dar uma resposta adequada, tendo como resultado o cuidado humanizado e integral.

Segundo a psiquiatra Celina Lazzaro e o psicólogo Lazslo Ávila, as principais estratégias para a abordagem do paciente somatizador são consultas breves, realizadas regularmente a cada quatro a seis semanas, sempre com o mesmo médico. Um breve exame físico é necessário em cada visita, priorizando os sinais físicos. Evitar procedimentos e hospitalizações, a menos que nitidamente indicados. O tratamento é considerado bem sucedido se o paciente for mantido fora do hospital e do pronto-socorro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atendimento humanizado, onde o paciente é visto como um todo, não apenas por partes isoladas, contribui na identificação de questões que afetam consideravelmente o prognóstico do indivíduo, interferindo na sua qualidade de vida. A escuta qualificada é uma ferramenta importante, realizando-se assim uma avaliação mais individualizada, com a elaboração de um plano de cuidados eficiente o profissional de saúde identifica as necessidades de cada um. Com melhora na interação entre profissional e paciente promove-se a empatia e a promoção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o levantamento bibliográfico, entende-se que psicossomática é um termo empregado para definir a influência que a mente possui sobre o corpo, ou seja, fatores como emoções, estresse e questões emocionais mal resolvidas acabam refletindo no corpo orgânico como sintomas que os exames clínicos são incapazes de detectar. Constata-se que problemas psicológicos quando exacerbados decorrem para a estrutura física do organismo, o que se dá o nome de “somatização”. Conclui-se que os profissionais de saúde devem aderir uma concepção mais abrangente de humanidade, um conhecimento aprofundado e uma prática efetivamente interdisciplinar em torno do sujeito que sofre com as somatizações. Esse estudo procura contribuir com um novo olhar sobre a mente e o corpo do ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5**. 2013.

ANDRADE, Liz Maria Almeida de. **Depressão: O Mal do Século**. [Psicologado](#), [S.l.]. (2013).

ARENALES, Luis; BOTTI, Nelma; MACHADO, Taísa. **A doença de sofrer de doença**. Janeiro de 2014 - Vol.19 - Nº 1.

ASSIS, Cleber Lizardo et al. **Percepções e práticas sobre psicossomática em profissionais de saúde de Cacoal e Nova Brasilândia/RO**. Aletheia, n. 40, 2013.

BAPTISTA, Marcio Rodrigues; DANTAS, Estélio Henrique Martin. **Yoga no controle do stress**. Fitness & Performance Journal, v. 1, n. 1, p. 12-20, 2002.

BORGES, Carolina Marques. **PROCURAM-SE HUMANOS: REVISITANDO A EMPATIA COMO INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NECESSÁRIA NO COTIDIANO**. REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS MÉDICAS, v. 4, n. 1, p. 1-2, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2a. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

BUENO, Lorena Martinez; DA SILVA, Lucia Cecilia. **O “psicológico” na causa e no desenvolvimento das doenças do corpo: o que dizem os artigos científicos produzidos no Brasil na última década**. In: V CIPSI-Congresso Internacional de Psicologia. 2012.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática**. *Mudanças–Psicologia da Saúde*, v. 13, n. 2, p. 290-308, 2005.

CASTRO, M. D. G. D., ANDRADE, T. M. R., MULLER, M. C. **Conceito mente e corpo através da história**. *Psicologia em estudo*, 11(1), 39-43, 2006.

DA SILVA, Alex Sandro Tavares. **Acupuntura sem segredos: tratamento natural, milenar e científico**. 2007.

DOS REIS, Kelly Specht; GODINHO, Lucia Belina Rech. **Psicossomática: uma visão holística do homem**. *Cippus*, v. 6, n. 1, p. 1-14, 2018.

DUM, Richard P.; LEVINthal, David J.; STRICK, Peter L. **Motor, cognitive, and affective areas of the cerebral cortex influence the adrenal medulla**. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, v. 113, n. 35, p. 9922-9927, 2016.

GLASS, A. W.; REALE, E. A. **A hipnose como aliada terapêutica**. *Anais eletrônico cic*, v. 17, n. 17, 2019.

GOUVEIA, Valdiney V. et al. **Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 375-384, 2012.

LAZZARO, C. D., & Ávila, L. A. **Somatização na prática médica**. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 11(2), 2-5. 2004.

MAGAGNIN, Ana Paula Soares. **A contribuição da psicoterapia no tratamento da síndrome da fibromialgia**. Santa Catarina, Brasil. 2008.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira; TOURINHO, Francis; SANTOS, Viviane. **Estresse-normal ou patológico?** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 7, n. 1, p. 001-008, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. 1993.

POZZA, R., BAZZO, M. L. **O conceito atual de psicossomática: a busca da causalidade psíquica**. (2014).

RODRIGUES, Hiasmin; CAVALCANTE, João Henrique. **VIVÊNCIA DE ESCUTA QUALIFICADA NO ACOLHIMENTO DA EMERGÊNCIA ADULTA**, 2015.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; ARAÚJO, Tânia Maria de; OLIVEIRA, Nelson Fernandes de. **Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana**. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 214-222, 2009.

SEUBERT, Fabiano; VERONESE, Liane. **A massagem terapêutica auxiliando na prevenção e tratamento das doenças físicas e psicológicas**. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América, XIII, VIII, II. 2008.

SORTE, Camilla Boa. Ansiedade: **Quando se Torna Patológico?** [Psicologado](#), [S.l.]. (2014).

TEIXEIRA, Elizabeth. **Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 30, n. 2, p. 286-290, 1996.