

**UNIVERSIDADE DO ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP
CURSO DE PSICOLOGIA**

JOICE APARECIDA GOMES

**TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS:
DIAGNÓSTICO, ETIOLOGIA E TRATAMENTO**

**CAÇADOR
2018**

JOICE APARECIDA GOMES

**TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS:
DIAGNÓSTICO, ETIOLOGIA E TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção de título de Bacharel em Psicologia, do Curso de Psicologia, ministrado pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação da professora Edilaine Casaletti.

**CAÇADOR
2018**

**TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS:
DIAGNÓSTICO, ETIOLOGIA E TRATAMENTO**

JOICE APARECIDA GOMES

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Bacharel em Psicologia

E aprovada na sua versão final em 10 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Psicologia.

Ana Claudia Lawless

BANCA EXAMINADORA:

Edilaine Casaletti

Neuzeli Aparecida da Silva

Clayton Luiz Zanella

Dedico esse trabalho e toda minha caminhada para a realização desse sonho a minha família, e em especial ao meu esposo, que está sempre ao meu lado, mas principalmente aos meus pais que me educaram e me ensinaram a ser a pessoa que sou.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, e que ao longo da minha vida sempre esteve ao meu lado me guiando.

À minha família, em especial aos meus pais, Adriana e Abel, e a minha irmã Julia, por estarem sempre ao meu lado, me apoiando, incentivando e me mostrando que eu era capaz. Obrigada por todo amor e carinho que sempre me deram.

Ao meu esposo, por todo apoio, incentivo, compreensão e muita paciência nesses últimos anos de graduação. Agradeço por estar sempre ao meu lado nas minhas decisões e serei eternamente grata por todo amor, carinho e atenção que sempre me deu.

À minha professora e orientadora Edilaine Casaletti, que acreditou em meu trabalho e me auxiliou durante todo o processo; e a todos os professores que tive durante esses anos, que me ajudaram a ser a profissional que estou me tornando.

Agradeço imensamente as minhas amigas, Sabrina, Tatiane e Caroline, por fazerem parte dessa história, por sempre estarem ao meu lado me incentivando e me mostrando o caminho mais feliz de se viver.

E por fim, agradeço a todos que de alguma forma estiveram e estão próximos a mim, participando dessa minha conquista.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

RESUMO

O presente trabalho de pesquisa teve como finalidade abordar o transtorno de sintomas somáticos, seu diagnóstico, etiologia e seu tratamento. Tendo como pergunta problema, quais as características do transtorno de sintomas somáticos, bem como sua etiologia e formas de tratamento. Sendo para isso, fundamental conceitualizar as doenças somáticas, identificar quais os fatores que levam o indivíduo ao diagnóstico; descrevendo quais as possibilidades diagnósticas no quesito nosologia dos sintomas somáticos; além de pesquisar os fatores etiológicos e de risco, quais as principais abordagens terapêuticas utilizadas, ressaltando as que melhor apresentaram resultados no tratamento das doenças psicossomáticas. O estudo foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa. Desta forma, foram utilizados materiais bibliográficos e científicos como livros, artigos, manuais e sites científicos. A análise dos dados, foi descrita através das ideias dos autores que melhor defenderam o presente tema. Portanto, pode-se conhecer mais sobre o transtorno de sintomas somáticos, o qual apresenta como característica a manifestação de inúmeras queixas física, sem que apresentem causas orgânicas associadas. Além disso, foi possível identificar que a principal causa desse diagnóstico está vinculada a eventos estressantes da vida do indivíduo. Bem como, que o tratamento de maior resolutividade parece ser a combinação entre a abordagem médica/farmacológica e psicoterapia individual.

Palavras-chave: Transtorno de sintomas somáticos, diagnóstico, etiologia, tratamento.

ABSTRACT

The present research aimed to address somatic symptoms disorder, its diagnosis, etiology and its treatment. Having as problem question, what are the characteristics of somatic symptom disorder, as well as its etiology and forms of treatment. Being for this, it is fundamental to conceptualize somatic diseases, to identify what the factors that lead the individual to diagnosis; describing the diagnostic possibilities on the question nosology of somatic symptoms; besides investigating the etiological and risk factors, which are the main therapeutic approaches used, highlighting the ones that presented the best results in the treatment of psychosomatic diseases. The study was carried out through bibliographic research of a qualitative nature. In this way, bibliographical and scientific materials such as books, articles, manuals and scientific sites were used. The analysis of the data was described through the ideas of the authors who defended the present theme. Therefore, one can know more about the disorder of somatic symptoms, which presents as characteristic the manifestation of numerous physical complaints, without presenting associated organic causes. In addition, it was possible to identify that the main cause of this diagnosis is linked to stressful events in the life of the individual. As well as, that the higher resolution treatment seems to be the combination between the medical/pharmacological approach and individual psychotherapy.

Keywords: Somatic symptom disorder, diagnosis, etiology, treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Alterações relevantes sobre o transtorno de sintomas somáticos e relacionados entre o DSM-IV e DSM-5.....	39/40
Figura 2 – Relação entre diagnóstico e etiologia do transtorno de sintomas somáticos.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Critérios Diagnósticos para os Transtornos de Sintomas Somáticos.

.....23

Tabela 2- Diagnóstico Diferencial para os Transtornos de Sintomas Somáticos.

.....24/25/26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. DESENVOLVIMENTO	14
2.1 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1.1 Transtornos de Sintomas Somáticos: Contexto Histórico.....	14
2.1.2 Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados.....	17
2.1.2.1 Transtorno de ansiedade de doença	17
2.1.2.2 Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas.....	18
2.1.2.3 Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais)	19
2.1.2.4 Transtorno factício.....	19
2.1.3 Diagnóstico para o Transtorno de Sintomas Somáticos.....	20
2.1.4 Etiologia dos Transtornos de Sintomas Somáticos	26
2.1.5 Tratamentos utilizados no Transtorno de Sintomas Somáticos.....	28
2.1.5.1 Abordagens terapêuticas para o transtorno de sintomas somáticos	31
2.1.5.2 Psicoterapia cognitivo-comportamental.....	31
2.1.5.3 Psicoterapia psicanalítica	33
2.1.5.4 Psicoterapia humanista	34
2.1.5.5 Tratamentos usados em medicina psicossomática	34
2.2 METODOLOGIA.....	35
2.2.1 Natureza e tipo de pesquisa	35
2.2.2 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados.....	36
2.2.3 Procedimentos	36
2.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	36
3 CONCLUSÃO	44
REFERÊNCIAS	46

1. INTRODUÇÃO

A dor está associada a vida do ser humano, contudo ela tem como missão proteger a integridade física do mesmo. É importante ressaltar que ela pode ser incontrolável, desta forma, pode vir a comprometer a qualidade de vida das pessoas. A busca pela orientação médica vem pelo fato dos pacientes acreditarem primeiramente em sintomas primários, contudo, essa afirmação será dada atrás do relato verbal, no qual será identificado a existência ou não de uma patologia física (TURK e MELZACK, 1992 apud CAMON, 2012).

Os sintomas são complexos e envolvem questões individuais do paciente. Através de seus relatos, nota-se o envolvimento dos aspectos emocionais, sociais e sensitivos. Ainda durante a comunicação entre o profissional e o indivíduo, as informações são fundamentais para que se obtenha um diagnóstico etiológico da dor e as queixas dolorosas auxiliam na avaliação da pessoa enquanto ao impacto que elas causam em sua vida (PIMENTA e TEIXEIRA, 1995 apud CAMON, 2012).

A Psicossomática busca compreender qual a relação entre o corpo e a mente nos processos de adoecimento. Partindo da análise de distúrbios físicos nos quais os cursos emocionais executam certo papel, ou de acontecimentos clínicos nas quais uma desordem psicológica aumenta o risco de desenrolar ou acentuar determinada doença física (CAPITÃO; CARVALHO, 2006).

Segundo os autores supracitados, na atualidade, as buscas pela psicossomática tem como objetivo agregar a doença aos aspectos psicológicos, para que desta forma se tenha uma melhor compreensão do paciente e uma ação terapêutica mais vasta e relevante.

O transtorno psicossomático é uma síndrome crônica caracterizada por múltiplas queixas somáticas aparentemente inexplicadas. Por muito tempo vem sendo diagnosticada com maior frequência em mulheres, e tem crescido o número de diagnósticos desse transtorno em homens (CAMON, 2012, p. 160).

Portanto, toda doença é psicossomática, visto que fatores emocionais induzem o funcionamento total do corpo, por meio das vias nervosas e que os eventos somáticos e psicológicos acontecem em um só organismo e são duas questões do mesmo processo (FRANZ, 1989).

Desta forma, entende-se a importância de esclarecer aos leitores quais as características diagnósticas do transtorno de sintomas somáticos bem como sua etiologia e formas de tratamento, permitindo ainda elucidar o valor de se tratar deste tema, tendo em vista que, a sociedade por vezes não tem entendimento do que são transtornos somáticos. Buscando desta forma, mostrar o quanto estes sintomas estão presentes na vida das pessoas e elas na maioria das vezes não sabem disso. Compreender também quais os fatores etiológicos e as principais abordagens terapêuticas utilizadas é de extrema valia, pois assim irá auxiliar os profissionais a realizar um tratamento mais eficaz junto ao paciente com este tipo de transtorno.

Este trabalho teve grande relevância para o meio acadêmico, social e científico, pois, contribuiu para melhor entendimento sobre o assunto, acerca de poder auxiliar os demais estudantes da área da saúde a entender a importância de reconhecer pacientes somáticos. Considerando-se que por várias vezes a avaliação não é feita da forma correta, pois, o diagnóstico baseia-se no histórico do paciente e também pelos relatos de seus familiares. Visando que este estudo veio a contribuir na identificação das doenças psicossomáticas, compreende-se que desta forma poderemos tratar os sintomas através das terapias necessárias, pois com o crescente número de pacientes com estes transtornos torna-se cada vez mais essencial o estudo e conhecimento do tema envolvido.

O presente trabalho teve como principal objetivo identificar as características diagnósticas dos transtornos de sintomas somáticos bem como sua etiologia e formas de tratamento. Sendo, para isso, necessário conceituar e contextualizar as doenças somáticas, identificando os fatores diagnósticos; descrever as possibilidades diagnósticas no que diz respeito à nosologia dos sintomas somáticos; além de pesquisar os principais fatores etiológicos e de risco e as principais abordagens terapêuticas, enfatizando as que apresentam melhores resultados no tratamento de doenças psicossomáticas; bem como relacionar, por meio de análise e discussão dos dados bibliográficos, o diagnóstico, etiologia e tratamento do transtorno de sintomas somáticos.

Esta pesquisa de abordagem qualitativa do tipo bibliográfica, recorreu a conteúdos já publicados acerca dos transtornos psicossomáticos, e após esse suporte selecionou-se algumas obras que melhor retratam o tema para executar a análise e discussão sobre os inúmeros pensamentos científicos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Transtorno de Sintomas Somáticos: Contexto Histórico.

Após alguns anos de construção o termo psicossomático surgiu no século passado através de Heinroth, com a formação das expressões psicossomáticas e somatopsíquica. Contudo, somente no século atual é que o movimento se efetivou, através do auxílio de Franz Alexander e da escola de Chicago, porém as dúvidas relacionadas a mente corpo continuam expressas no próprio termo psicossomático e continuam a serem utilizados por estudiosos deste fenômeno (MELLO FILHO, BURD e cols, 2010).

Pierre Briquet, médico francês, em 1859, teve procura de pacientes que lhe abordavam com infundáveis reclamações somáticas, as quais ele não conseguia encontrar nenhuma explicação médica. Com frequência esses pacientes lhe buscavam novamente com as mesmas reclamações ou ainda, com novas listas contendo outras lamentações. Por muitos anos, esse transtorno ficou conhecido como *Síndrome de Briquet*, mas atualmente é chamado de Transtorno de Sintomas Somáticos (BARLOW; DURAND, 2015).

Para Alexander, 1989 apud Cerchiari (2000, p.02):

O termo psicossomático deve ser usado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em pesquisa quanto em terapia, ou seja, o uso simultâneo e coordenado de métodos e conceitos somáticos - de um lado e métodos e conceitos psicológicos por outro lado.

A história da psicossomática, poderia ser dividida em duas etapas, primeiramente a motivada nas teorias psicanalíticas e com suporte no conceito de doença psicossomática e de outro lado, a inspiração biológica, constituída no conceito de stress (CERCHIARI, 2000).

No entanto, para Mello Filho (1920), a evolução da psicossomática ocorreu em três momentos. A primeira fase, determinada como a fase inicial ou psicanalítica, através da influência das ideias da psicanálise, teve seus estudos voltados para a origem do inconsciente das doenças, dos conceitos da regressão e das vantagens secundárias das doenças. A segunda fase chamada de intermediária, teve como influência o behaviorismo, reconheceu os estudos feitos do comportamento tanto

humano quanto animal, deixando desta forma um vasto legado os conhecimentos sobre o estresse. A terceira e última fase, chamada de fase atual ou multidisciplinar, enalteceu o social, o convívio e a interconexão entre os profissionais das diversas áreas da saúde (CAMON, 2012).

O termo psicossomático, na expressão mais comum, pode reportar-se tanto ao quesito da origem psicológica de determinadas doenças orgânicas, quanto às *“repercussões afetivas do estado de doença física no indivíduo, como até confundir-se com simulação e hipocondria, onde toma um sentido negativo”* (CARDOSO, apud CERCHIARI, 2000, p. 02).

Composta por duas palavras gregas, psicossomática tem como significado psique = alma e soma = corpo, o que especifica à associação entre os processos psíquicos e físicos. O autor afirma que a reação psicossomática é uma maneira favorável de conhecimento, tendo em vista que cada emoção provoca comportamentos físicos e cada comportamento físico produz determinadas emoções. Os termos doenças psicossomáticas e psicossomatoses, condizem a formas patológicas da ligação corpo e alma, desta forma, a relação desses fatores é que estabelecem as doenças. Psicossomática significa dar mais atenção aos aspectos psíquicos, não podendo deixar de dar atenção aos fatores corporais (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

George Engel, médico e psicanalista americano, em 1977 apresentou um modelo de doença biopsicossocial, que segundo o autor são influenciados pelo meio ambiente social, pelo corpo e pela psique. Esse entendimento pela doença considera os pontos biológicos, psicológicos e sociais para se obtenha conhecimento do processo de adoecimento, na atualidade corresponde a base da psicossomática moderna (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

A denominação de medicina psicossomática, de acordo com seu campo epistemológico, *“é um estudo das relações mente corpo com ênfase na explicação da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais”* (EKSTERMAM, apud CERCHIARI, 2000, p. 02).

A Medicina Psicossomática verifica e disponibiliza possibilidades para uma prática na promoção de saúde mais direcionada ao paciente – entretanto menos voltada para os sintomas ou para a doença. Seu progresso tem sido válido devido as diferentes disciplinas utilizadas de maneira global. Sendo assim, as doenças

somáticas têm embasamento na fisiologia, na psicologia social e dinâmicas, nas patologias gerais e nas concepções holísticas (MELLO FILHO et al., 2010).

Ainda sobre a Medicina Psicossomática, o autor citado estuda a ligação entre a mente e o corpo e seu objetivo é a patologia. Já a Psicologia Médica estuda o vínculo assistencial tendo como foco a patologia. O primeiro enfatiza o diagnóstico e o segundo a atuação clínica. A Psicologia Médica se apoiou no desenvolvimento das teorias breves da psicanálise e desta forma tornou-se o braço clínico da concepção psicossomática (CERCHIARI, 2000).

Com base em Cerchiari (2000), a história da psicossomática e da psicanálise estão entrelaçadas mesmo que Freud não tenha se dedicado em formar uma teoria para a psicossomática. Contudo, ele é considerado um dos pioneiros mais influentes desta área pois seus conceitos fomentaram grandes discussões.

O médico e psicanalista alemão Franz Alexander, que publicou sua obra em 1950, Medicina Psicossomática, tem a concepção mais importante dos distúrbios psicossomáticos. Em sua obra ele descreve os “sete sagrados” assim chamados os adoecimentos somáticos, que possivelmente possuem uma psicodinâmica específica de doença: artrite reumatoide, ulcera péptica, enxaqueca, asma, hipertensão, neurodermite e colite ulcerosa (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

Para Camon (2012), todo e qualquer sintoma somático deve ser examinado psicanaliticamente, tendo em vista que o interesse da psicanálise pela psicossomática teve como efeito significativo a produção científica dos saberes. Contudo não se pode dizer que as pessoas podem ser curadas pela psicanálise, já que vários deles estão fixados nela, ou seja, sua força e duração já causam alterações patológicas. Apesar disso, para Mello Filho afirma que é nas enfermidades físicas que a abordagem psicanalista tem se mostrado mais eficiente.

Freud ao tentar juntar somático com psíquico, diferencia psiconeuroses e neuroses atuais, desta forma contribuiu grandemente a algumas teorias psicossomáticas. A noção de complacência somática introduzida por ele, se refere a escolha da neurose histérica, juntamente com a escolha do órgão ou aparelho corporal ao qual se dará a conversão, desta maneira, pode-se dizer que o corpo ou o órgão característico simplifica a expressão do conflito inconsciente (CERCHIARI, 2000).

Vemos que, os contributos da psicanálise para a teoria psicossomática são valiosos, uma vez que, *“qualquer que seja o momento de sua elaboração, a teoria psicossomática permanece estreitamente ligada à psicopatologia e mais especialmente à noção de psiconeurose, o que continua sendo a norma mesmo quando dela nos afastamos deliberadamente”* (SAMI-ALI, 1993 apud, CERCHIARI, 2000, pg. 67).

Desta forma, para os autores Morschitzky e Sator (2013), a análise do corpo e da alma foi amplamente diversificada durante os séculos. O médico Hipócrates, da Grécia Antiga, estava certo de que um órgão pode ser comandado pelas nossas emoções. Como exemplo disso, em caso de tristeza o coração se contraria e em caso de alegria se expandiria. Na antiguidade grega, a medicina tratava fatores físicos e psíquicos da mesma maneira, contudo na Idade Média, a Igreja retratava de forma individual a relação entre corpo e alma. O francês René Descartes no século XVII, apoiou-se no dualismo científico de corpo e alma dos quais os efeitos negativos podem ser vistos até o passado mais próximo. No século XIX esse realce nos fatores físicos continuou, efeito dos amplos progressos da medicina. Apenas no começo do século XX nasceu um contra movimento provocado pela manifestação da psicanálise

2.1.2 Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados.

Segundo Barlow e Durand (2015), o DSM-5 pauta cinco transtornos básicos de sintomas somáticos e relacionados: o transtorno de sintomas somáticos, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno de ansiedade de doença, transtorno fictício e transtorno conversivo. A preocupação em ambos os transtornos está relacionada ao funcionamento total do corpo.

Os autores supracitados afirmam ainda que, transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença e fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, se adicionam, tendo em vista que cada qual enfoca um sintoma somático exclusivo, ou ainda um conjunto de sintomas, desta forma, o paciente fica muito ansioso e angustiado que por vezes acabam desenvolvendo uma doença, na qual chamamos de transtorno de ansiedade de doença (BARLOW; DURAND, 2015).

2.1.2.1 Transtorno de ansiedade de doença

O transtorno de ansiedade de doença é um diagnóstico novo no DSM-5, e se utiliza as pessoas que sofrem por terem preocupações excessivas relacionadas a

portarem ou contraírem uma doença. É uma variação do transtorno de sintomas somáticos (hipocondria). Desta forma, as pessoas que antes diagnosticadas com hipocondria, no DSM-5 são classificadas com transtorno de sintomas somáticos: contudo, a minoria das situações, são aplicados no diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os principais critérios diagnósticos do DSM-5 para transtorno de ansiedade de doença são as preocupações dos pacientes com a falsa crença de que tem ou irão desenvolver uma doença grave e a existência de poucos sinais ou sintomas físicos, ou de nenhum. A crença deve durar pelo menos seis meses, e não existem achados patológicos nos exames médicos ou neurológicos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017 p. 471).

Os autores supracitados afirmam, que a aflição com a doença interfere na relação que os indivíduos têm com o meio social em que vivem. Repetidamente os pacientes realizam pesquisas na internet sobre a sua suposta doença, e assim abstraem as piores das informações ou desinformações que lá encontram (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Assim como que acontece com o transtorno de sintomas somáticos pacientes com transtorno de ansiedade de doença em geral resistem ao tratamento psiquiátrico. Psicoterapia de grupo pode ser útil especialmente se o grupo for homogêneo, com indivíduos que sofram do mesmo transtorno. A farmacoterapia pode ser útil no alívio da ansiedade gerada pelo medo que o paciente tem de doenças (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 472).

2.1.2.2 Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas

O principal requisito para o diagnóstico deste transtorno é a presença de uma doença médica diagnosticada, como diabetes, asma, câncer ou dor grave. Os fatores psicológicos ou comportamentais podem influenciar diretamente no curso ou no tratamento da condição médica (BARLOW; DURAND, 2015).

Esse diagnóstico deverá ser reservado para situações nas quais o efeito do fator psicológico na condição médica seja evidente e o fator psicológico tenha efeitos clinicamente significativos no curso ou no desfecho da condição médica (DSM-5, 2014, p. 323).

É preciso diferenciar fatores psicológicos que afetam outras condições médicas de comportamentos específicos da cultura, tais como o uso da cura pela fé ou de curandeiros espirituais ou outras variações no manejo de doenças aceitáveis em uma

cultura e que representam uma tentativa de ajudar a condição médica em vez de interferir por ela (DSM-5, 2014).

2.1.2.3 Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais)

Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais é um subtítulo do termo Transtorno Conversivo descrito no DSM-5, esse termo é frequentemente usado por neurologistas que atendem pacientes com esse diagnóstico, entende-se que é mais conveniente usar este termo, pois a palavra funcional tem como significado sistema sem causa orgânica (BARLOW e DURAND, 2015).

Segundo Barlow e Durand (2015, p. 192):

Transtornos conversivos geralmente têm a ver com mau funcionamento físico, como paralisia, cegueira ou dificuldade de falar (afonia), sem que alguma patologia orgânica ou física seja responsável por esse mau funcionamento orgânico. Grande parte dos sintomas conversivos indica que existe algum tipo de doença neurológica afetando os sistemas sensório-motores, embora eles possam mimetizar a maioria das disfunções físicas.

Os sintomas conversivos são desde cegueira, afonia, paralisia e podem ainda abarcar mutismo total e a perda de tato. Alguns indivíduos podem ter convulsões e envolvem movimentos como tremores apontados como involuntários. Porém a origem provavelmente é psicológica, pois no exame de eletroencefalograma (EEG) não são encontradas alterações significativas (BARLOW; DURAND, 2015).

Ainda segundo os autores citados acima, uma das estratégias mais utilizadas e consideradas como principal é a identificação e o acompanhamento dos acontecimentos traumáticos e estressantes da vida do paciente (BARLOW; DURAND, 2015).

2.1.2.4 Transtorno factício

Pacientes com transtorno factício para que possam receber mais atenção, por vezes acabam induzindo ou agravando a doença. Os transtornos factícios podem causar morbidade significativa ou até mesmo mortalidade. Contudo, mesmo que as reclamações não sejam verdadeiras, as necessidades clínicas e psiquiátricas devem ser consideradas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Muitos pacientes com esse diagnóstico têm comorbidades psiquiátricas, como transtorno do humor, da personalidade ou transtornos relacionados com o uso de substâncias psicoativas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Para um tratamento mais eficaz é necessário que se procure o diagnóstico rápido para poder minimizar o risco de morbidade e mortalidade; conduzir o paciente em direção ao tratamento psiquiátrico de uma maneira empática e na psicoterapia abordar estratégias de enfrentamento e conflitos emocionais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 495).

É necessário que se possa compreender quais os fatores de risco que envolvem os transtornos citados acima. O DSM-5 (2014), lista três fatores: temperamentais, ambientais e modificadores do curso. Nos temperamentais o traço da personalidade afetiva negativa do indivíduo é apontado como um fator relativo, dessa forma, existe um risco independente para muitos sintomas somáticos. Quando as questões ambientais são abordadas, conclui-se que pessoas com baixo nível escolar e financeiro, e pessoas que tenham passado por momentos estressantes em suas vidas, são mais vulneráveis ao transtorno de sintomas somáticos. Os modificadores de curso estão associados a histórias de abuso sexual, transtornos psiquiátricos crônicos ou concomitantes, estresse, aspectos sociais e econômicos (DSM-5, 2014).

Acima foram descritas as características diagnósticas dos transtornos relacionados ao transtorno de sintomas somáticos. Abaixo, será possível observar especificamente as do transtorno de sintomas somáticos

2.1.3 Diagnóstico para o Transtorno de Sintomas Somáticos.

Recentemente esse transtorno sofreu alterações, conhecido como transtornos somatoformes no DSM-IV, hoje ele é encontrado no DSM-5 como transtorno de sintomas somáticos. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), removeu os diagnósticos de transtorno de somatização, hipocondria, transtorno doloroso e transtorno somatoforme indiferenciado. Indivíduos que satisfazem os critérios para o diagnóstico de transtornos de somatização, terão em geral os sintomas que irão atender os critérios do DSM-5 para o transtorno de sintomas somáticos (DSM-5, 2014).

O DSM-5 (2014), afirma que as pessoas com transtorno de sintomas somáticos demonstram na maioria das vezes, vários sintomas que acarretam em sofrimento e perturbações em suas vidas, apesar de que um sintoma mais grave, esteja evidente. Os indivíduos com esse transtorno por vezes apresentam sensações ou desconfortos corporais, os quais geralmente não estão associados a doenças graves. Vale ainda ressaltar, que os sintomas podem ou não estar relacionados a uma condição médica, contudo esta afirmação não é suficiente para fazer o diagnóstico.

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos acreditam que tem uma doença grave ainda não detectada, e não é possível serem persuadidos do contrário. Eles mantêm uma crença de que têm uma doença em particular ou, à medida do tempo avança, podem transferir sua crença para outra doença. As convicções persistem apesar dos resultados laboratoriais negativos, do curso benigno da doença alegada ao longo do tempo e das devidas garantias por parte dos médicos. No entanto, suas crenças não são suficientemente fixas para que sejam delírios. O transtorno de sintomas somáticos é, com frequência, acompanhado de sintomas de depressão e ansiedade e costuma coexistir com um transtorno depressivo ou de ansiedade (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 468).

Barlow e Durand (2015), afirmam que indivíduos com este transtorno experimentam sensações físicas normais como todas as pessoas, contudo, acabam de forma rápida focando sua atenção nessas sensações. Ainda é importante lembrar que, quando nos atemos nas nossas sensações físicas conseqüentemente temos um aumento eufórico o qual nos dá a impressão de que elas estão mais intensas do que realmente são.

O DSM-5 (2014), reconhece que pacientes com este transtorno sofrem em acreditar que são portadores de uma doença grave, eles julgam seus sintomas corporais como ameaçadores, e sucessivamente acreditam no pior. Em casos em que o transtorno de sintomas somáticos é grave, as preocupações exercem papel principal na vida do portador, a ponto de caracterizar a identidade e dominar as relações interpessoais desse indivíduo.

Pacientes com transtorno de sintomas somáticos geralmente sentem angústia, e quando interrogados sobre seus sofrimentos, alguns acabam relacionando estes com outros aspectos de sua vida, contudo, alguns se recusam em fazer essa relação. A qualidade de vida desses pacientes é com frequência prejudicada, tanto sua saúde física quanto a mental. Quando considerado grave, o prejuízo é significativo e, pode causar invalidez (DSM-5, 2014).

Mueller (2013), afirma que os sintomas apresentam sofrimento considerável e afetam a vida do paciente em diferentes campos como, pessoal, social, profissional, afetivo e de acordo com tais peculiaridades o indivíduo também pode assumir uma posição de dependência.

Há, com frequência, alto nível de utilização de serviços médicos, o que raramente alivia as preocupações do indivíduo. Consequentemente, o paciente pode acabar buscando múltiplos médicos para os mesmos sintomas. Esses indivíduos muitas vezes parecem não responder a intervenções médicas, e novas intervenções podem apenas exacerbar os sintomas presentes. Algumas pessoas com o transtorno parecem incomumente sensíveis aos efeitos colaterais de medicamentos; outras sentem que a avaliação e o tratamento médico foram inadequados (DSM-5, 2014, p.312).

Indivíduos com transtorno de sintomas somáticos exageram ou não fazem boa utilidade do sistema de saúde e desta forma, o custo desse serviço é nove vezes mais alto do que com pacientes comuns (BARLOW; DURAND, 2015).

O manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais, em sua 5ª edição revisada, estabelece três critérios diagnósticos, descritos a partir das letras A até C apresentados na tabela abaixo.

Tabela 1- Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Sintomas Somáticos.

Critério A	Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
Critério B	Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas. 2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da gravidade dos próprios sintomas. 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.

Critério C	<p>Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <p>Com dor predominante (anteriormente transtorno doloroso): Este especificador é para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <p>Persistente: Um curso persistente é caracterizado por sintomas graves, prejuízo marcante e longa duração (mais de seis meses).</p> <p><i>Especificar se:</i></p> <p>Leve: Apenas um dos sintomas especificados no Critério B é satisfeito.</p> <p>Moderada: Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos.</p> <p>Grave: Dois ou mais sintomas especificados no Critério B são satisfeitos, além da presença de múltiplas queixas somáticos (ou um sintoma muito grave).</p>
-------------------	--

Fonte: DSM-5 (2014, p.311)

São necessários que os indivíduos satisfaçam os critérios acima citados, para estabelecer o diagnóstico do transtorno, bem como é possível especificar a predominância sintomatológica.

O DSM-5 (2014), explícita quais os diagnósticos diferenciais que podem ser encontrados dentro do Transtorno de Sintomas Somáticos, explicando ainda que, se os sintomas somáticos forem semelhantes os dos transtornos mentais, como no transtorno de pânico, e seu critérios para o diagnóstico forem atendidos, esse transtorno mental deverá ser considerado como um diagnóstico alternativo ou adicional. E relevante que saibamos que um diagnóstico separado do transtorno mencionado não é realizado caso os pensamentos, sentimentos ou comportamentos ocorram apenas durante episódios depressivos maiores. Se, ocorrer normalmente, os critérios tanto para os sintomas somáticos quanto para o diagnóstico de qualquer

transtorno mental forem satisfeitos, então os dois deverão ser codificados, já que ambos necessitam de tratamento.

O autor ainda explana o Diagnóstico Diferencial para os transtornos de sintomas somáticos e alguns transtornos semelhantes, os quais serão apresentados na tabela abaixo.

Tabela 2- Diagnóstico Diferencial para o Transtorno de Sintomas Somáticos.

Outras condições médicas	A presença de sintomas somáticos de etiologia incerta não é, em si, suficiente para justificar um diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. Os sintomas de muitas pessoas com transtornos como síndrome do colo irritável ou fibromialgia não satisfariam o critério necessário para diagnosticar transtorno de sintomas somáticos (Critério B). Por sua vez, a presença de sintomas somáticos de um distúrbio médico estabelecido (p. ex., diabetes ou doenças cardíaca) não exclui o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos se os critérios forem satisfeitos.
Transtorno de pânico	No transtorno de pânico, os sintomas somáticos e a ansiedade a respeito da saúde tendem a ocorrer em episódios agudos, enquanto no transtorno de sintomas somáticos sintomas de ansiedade e somáticos são mais persistentes.
Transtorno de ansiedade generalizada	Indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada preocupam-se com múltiplos eventos, situações ou atividades, apenas uma das quais pode envolver a própria saúde. O foco principal geralmente não está em sintomas somáticos ou no medo da doença, como no transtorno de sintomas somáticos.
Transtornos depressivos	Transtorno depressivos são comumente acompanhados por sintomas somáticos. Entretanto, são diferenciados do transtorno de sintomas somáticos pela sintomatologia depressiva central de humor deprimido (disfórico) e anedonia.

Transtorno de ansiedade de doença	Se o indivíduo tiver preocupações extensas a respeito da saúde, porém nenhum sintoma somático ou apenas sintomas mínimos, pode ser mais apropriado considerar o transtorno de ansiedade de doença.
Transtorno conversivo (transtorno de sintomas neurológicos funcionais)	No transtorno conversivo, o sintoma inicial é a perda de função (p.ex., de um membro), enquanto no transtorno de sintomas somáticos o foco é no sofrimento que os sintomas específicos causam. Os aspectos listados no Critério B de transtorno de sintomas somáticos podem ser úteis para diferenciar os dois transtornos.
Transtorno delirantes	No transtorno de sintomas somático, as crenças do indivíduo de que os sintomas somáticos podem refletir uma doença física subjacente grave não são mantidas com intensidade delirante. Contudo, suas crenças a respeito dos sintomas somáticos podem ser mantidas fortemente. Por sua vez, no transtorno delirante do tipo somático, crenças e comportamentos associados aos sintomas somáticos mais fortes do que os encontrados no transtornos de sintoma somáticos.
Transtorno dismórfico corporal	No transtorno dismórfico corporal, o indivíduo é excessivamente preocupado com um defeito percebido em suas características físicas. Por sua vez, no transtorno de sintomas somáticos, a preocupação a respeito dos sintomas somáticos reflete o medo de uma doença subjacente, e não de um defeito na aparência.
Transtorno obsessivo compulsivo	No transtorno de sintomas somáticos, as ideias recorrentes a respeito de sintomas somáticos e doenças são menos intrusivas, e os indivíduos com esse transtorno não exibem os comportamentos repetitivos associados que buscam reduzir a ansiedade de que ocorrem no transtorno obsessivo compulsivo.

Através das ideias trazidas pelo autor, notou-se que é fundamental compreender e observar atentamente os sinais e sintomas que o paciente apresenta, para que desta forma, seja realizado o diagnóstico corretamente. Tendo em vista, que existem outros transtornos com características similares aos do transtorno de sintomas somáticos.

2.1.4 Etiologia do Transtorno de Sintomas Somáticos

Os transtornos de sintomas somáticos são mais frequentes em indivíduos com menor grau de instrução, baixo nível socioeconômico e em pacientes desempregados. Na maioria das vezes, estes indivíduos sofreram recentemente fatos estressantes em suas vidas, nos quais variam entre problemas familiares, sociais e conjugais, como ainda, perda de familiares e entes queridos (DSM-5, 2014).

Ainda segundo o DMS-5 (2014), os sintomas persistentes estão mais relacionados em pessoas do sexo feminino, com idade mais avançada, nas quais algumas vezes relatam abuso sexual ou alguma outra atribulação na infância. Os fatores cognitivos envolvidos incluem principalmente a sensibilidade à dor e a atenção excessiva a sensações corporais.

Os transtornos de sintomas somáticos estão relacionados aos elevados índices de comorbidades com doenças médicas, tal como, transtornos depressivos e transtornos de ansiedade. Desta forma, a presença de uma doença médica causa mais prejuízos, quando há apenas a existência de uma doença física (DSM-5, 2014).

“[...] embora os sintomas possam ir e vir, os transtornos de sintomas somáticos e o comportamento que acompanha a doença são crônicos e persistem até idade avançada [...]” (BARLOW; DURAND, 2015. p. 187).

Os autores referidos, reconhecem que os indivíduos manifestam padrões de sensibilidades somáticas e crenças alteradas, apesar de que não se possa confirmar, acredita-se que os resultados não estão associados só a questões biológicas e psicológicas. Indicativos mostram que existe uma contribuição genética para o diagnóstico (BARLOW; DURAND, 2015).

É importante que saibamos que os sintomas somáticos e doenças médicas em geral são mais frequentes em indivíduos mais velhos. Sintomas somáticos como dores e fadigas, são considerados parte do envelhecimento normal e a preocupação com a saúde é tida como aceitável em pessoas com mais idade, pois estes acabam sofrendo

mais com doenças médicas e usam mais medicamentos do que as pessoas mais jovens (DSM-5, 2014).

O autor citado acima afirma que, em crianças os sintomas mais presentes são a fadiga, cefaleia, dores abdominais frequentes e náuseas. Contudo, as queixas apresentadas raramente estão acompanhadas com a preocupação de uma “doença” em si, como acontece com os pacientes adultos (DSM-5, 2014).

A prevalência do transtorno de sintomas somáticos é desconhecida. Entretanto, estima-se que sua prevalência seja maior do que a do transtorno de somatização mais restritivo do DSM-IV (<1%), porém inferior à do transtorno somatoforme indiferenciado (aproximadamente 19%). A prevalência do transtorno de sintomas somáticos na população adulta em geral pode ser em torno de 5 a 7%. Pessoas do sexo feminino tendem a relatar mais sintomas somáticos do que as do sexo masculino e, por conseguinte, é provável que a prevalência do transtorno de sintomas somáticos seja maior nelas (DSM-5, 2014, pg. 312).

Ainda é possível afirmar que, o transtorno de sintomas somáticos é uma variante de outros transtornos mentais, dentre os depressivos e de ansiedade que são os mais comuns. Estima-se que aproximadamente 80% das pessoas que o apresentam, são diagnósticos com transtornos depressivos ou de ansiedade coexistentes. Desta forma, os pacientes que alcançam os critérios para os transtornos psicossomáticos podem ser subtipos somatizantes desses demais transtornos (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

O transtorno de sintomas somáticos também pode ser entendido em termos de um modelo de aprendizagem social. Seus sintomas são vistos como um pedido de admissão ao papel de doente feito por uma pessoa que está enfrentando problemas aparentemente insuportáveis e insolúveis. O papel de doente oferece um escape que lhe possibilita evitar obrigações desagradáveis, adiar desafios indesejados e ser dispensada dos deveres e das obrigações habituais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 468)

Os autores supracitados entendem que, esse transtorno também pode ser visto como proteção contra a culpa, um sentimento de maldade inata, uma manifestação de baixa autoestima e um sentimento de egocentrismo elevado. Assim, o sofrimento e a dor são experimentados como uma punição merecida pelos delitos passados, sejam eles reais ou imaginários e por uma sensação de maldade vivido por esta pessoa (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Observou-se que são vários os fatores que levam os indivíduos a desenvolverem os transtornos referidos, e para que sejam traçadas formas eficazes

de tratamento, atuando direta ou indiretamente sobre a causa, explanar-se-á quais as principais formas de intervenção para este transtorno.

2.1.5 Tratamentos utilizados no Transtorno de Sintomas Somáticos

Resistir ao tratamento psiquiátrico é uma das características dos pacientes com transtorno de sintomas somáticos, contudo alguns aceitam a ajuda médica e buscam a redução do estresse para um melhor enfrentamento da doença crônica. A psicoterapia em grupo constantemente beneficia e oferece suporte ao paciente, tendo em vista que, a interação social pode vir a reduzir a ansiedade deste indivíduo. Outras formas de psicoterapia, como individual, comportamental, cognitiva e a hipnose, podem auxiliar grandemente no tratamento (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Os autores supracitados afirmam que, fazer exames com regularidade ajuda acalmar os pacientes em relação ao mesmo se sentir abandonado pelos seus médicos, e perceberem que suas reclamações estão sendo ouvidas. Portanto, realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos só devem ser feitos quando existir indícios reais. Em todo caso, é necessário que o clínico evite de tratar eventuais achados ao exame físico (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Pacientes com transtorno de sintomas somáticos, muitas vezes não buscam com urgência atendimento, mas continuamente se sentem fragilizados e doentes e distanciam-se de exercícios físicos, pois acreditam que isso os fará piorar (BARLOW; DURAND, 2015).

Segundo, Sadock; Sadock e Ruiz (2017, pg. 470):

A farmacoterapia alivia um transtorno de sintomas somáticos somente quando o paciente apresenta uma condição subjacente responsiva a drogas, como um transtorno de ansiedade ou um depressivo. Quando o transtorno de sintomas somáticos é secundário a outro transtorno mental primário, este deve ser tratado por si só. Quando o transtorno é uma reação situacional transitória, os clínicos devem ajudar os pacientes a enfrentar o estresse sem reforçar seu comportamento doentio e o uso que fazem do papel de doente como uma solução para seus problemas.

A terapia medicamentosa e demais abordagens orgânicas dos transtornos mentais podem ser tratadas como experimentos para modificar ou corrigir comportamentos, humor ou pensamentos patológicos pela química e outros meios físicos. A ligação entre estado físico do cérebro e suas manifestações funcionais,

como, comportamentos, pensamentos e humores, são de difícil compreensão no conhecimento biológico (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997 apud MUELER, 2013).

Morschitzky e Sator (2013), afirmam que o tratamento psicossomático é composto por três caminhos de cura, sendo o primeiro, a influência dos órgãos, posteriormente, a influência do contexto nos órgãos e ainda a recriação da relação com o órgão.

Na primeira intervenção, acredita-se ser necessário que os órgãos afetados sejam resgatados para que assim consigam normalizar o seu funcionamento, para que isso ocorra é preciso trabalhar através de medidas médicas, intervenções psicológicas e programas de treinamento fisioterápico (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

Ainda segundo os autores acima, a influência do contexto nos órgãos trabalha o psicossocial que adoece, no sentido de compreender o que desenvolveu um distúrbio dos órgãos. Para que a amenização dos sintomas tenha resultado, as terapias adequadas são, as terapias de casal ou de família e as medidas psicossociais de acompanhamento (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

A recriação da relação com o órgão, trabalha com o paciente no sentido de fazer com que ele compreenda melhor o seu corpo de modo geral e especificamente com o grupo de órgãos que foi afetado, para que desta forma, possam aprender a terem pensamentos e comportamentos que se permitam a ter uma vida mais saudável. Nesse caso são relevantes algumas formas especiais de terapia individual que trabalham com o corpo, sentimentos e pensamentos de forma igual (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

A psicossomática passou a exigir que mais profissionais da saúde, fizessem parte do tratamento, não apenas os médicos. Começou-se a compreender a necessidade de tratar o paciente como um todo, assim como ficou evidente que o quadro era mais complexo do que parecia, necessitando da integração de outros profissionais para obter resultados mais eficazes possíveis (MUELER, 2013, p. 8).

O autor acima afirma que, a somatização pode acontecer em qualquer parte do corpo, e têm como propósito, revelar que existe algo de errado acontecendo na questão psicológica do indivíduo. Vale ressaltar que, cada paciente tem seu modo de viver e adoecer. A doença e o tempo da vida em que ela se desenvolve tem ligação

com a história do paciente, a forma com que o mesmo lida com seus conflitos intrapsíquicos (HISADA, 2003 apud MUELER, 2013).

Pacientes psicossomáticos diferentemente de pacientes com doenças primariamente psíquica, apresentam muitas vezes baixa motivação para a psicoterapia. E necessário que o trabalho da terapia seja desenvolvido e estimulado, o que na realidade já faz parte do processo terapêutico. O que leva o paciente a começar uma psicoterapia não é apenas a dimensão da sua tristeza e sofrimento, e sim, o seu entendimento sobre a doença e as possíveis chances de cura (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

“As psicoterapias se constituem numas das intervenções mais indicadas para os pacientes com transtorno de somatização, pois estes devem ter consciência sobre a possibilidade de seus sintomas terem origem psicológica. ” (MUELER, 2013. p.22).

O terapeuta e o paciente planejam juntos o direcionamento de um tratamento psicológico individual. Primeiramente, é esclarecido quais os objetivos da terapia, desta forma, são desenvolvidos objetivos que sejam observáveis, concretos e de fácil alcance, como por exemplo, fazer com que o paciente aprenda a lidar melhor com suas dores. Para se obter sucesso na psicoterapia é necessário que os objetivos maiores sejam fragmentados em objetivos menores, assim será fortalecida a esperança de novas mudanças (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

Os autores acima, citam ainda a fase de informação, momento pelo qual as pessoas atingidas precisam ter alcance do entendimento biopsicossocial da doença, para que desta forma consigam participar ativamente no processo terapêutico. O entendimento de que é possível influenciar os seus sintomas aumenta a confiança do paciente em virtude as próprias possibilidades de ação (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

Para que o paciente possa compreender melhor seus sintomas atuais e os próprios sentimentos, pensamentos e comportamentos, o autor sugere que seja elaborado o Registro de auto observação, no qual o paciente fará os seus registros, podendo elaborar também diários de seus sintomas (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

Mueler afirma (2013, p.23):

A psicoterapia, realizada de forma íntegra, verdadeira e profunda, evoca vários sentimentos, pensamentos e comportamentos nos pacientes. Tais alterações estão sendo observadas em estudos através de imagens cerebrais, que demonstram determinados efeitos que a psicoterapia provoca sobre o sistema nervoso central.

Entende-se ainda que, tanto a psicoterapia individual quanto a psicoterapia em grupo, reduzem os gastos com médicos em até 50%, até mesmo pela diminuição das internações. No contexto da abordagem terapêutica, os pacientes são auxiliados a lidar com seus sintomas, a manifestar suas emoções e a desenvolver estratégias alternativas para a manifestação de seus sentimentos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997 apud MULER, 2013).

Segundo Morschitzky e Sator (2013), o processo de cura psicossomático acontece em quatro fatores. Inicialmente, consiste na ideia dos pacientes entenderem os seus problemas psicossomáticos. No segundo momento deveria apoiar-se nas capacidades e métodos que existem para essas alterações acontecerem, ao contrário dos pacientes somente terem uma visão de pessoa “doente” ou com “defeito” psíquico. O terceiro momento já exige da pessoa escolhas e decisões que possam modificar a sua vida, o quarto e último passo consiste em adotar medidas adequadas para a melhora da qualidade de vida.

2.1.5.1 Abordagens terapêuticas para o transtorno de sintomas somáticos

Dentro da psicoterapia existem diversas abordagens utilizadas para se trabalhar com pacientes somáticos. Cada abordagem requer algumas qualidades para se tornar efetiva, algumas dependem do terapeuta, outras do paciente, que juntos terão objetivos a alcançar e compromissos a estabelecer e cumprir.

Brevemente serão expostas três abordagens psicoterapêuticas, as quais encontram-se mais presentes no tratamento dos transtornos de sintomas somáticos e relacionados.

2.1.5.2 Psicoterapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental é a execução do conjunto dos conhecimentos psicológicos, obtidos segundo os princípios da metodologia científica, o entendimento e o resultado dos problemas clínicos. Baseada na ciência e na filosofia, é uma prática psicoterápica caracterizada por uma concepção determinista e naturalista do comportamento humano (MUELER, 2013).

Seu aspecto principal é a análise das alterações dos pensamentos e as certezas a respeito das causas, expectativas de superação e as origens dos sintomas.

Uma modificação das causas atribuídas é determinante para a participação do indivíduo na terapia. O paciente deve saber deixar de expor e entender os seus sintomas de maneira inteiramente organicista (MORSCHITZKY; SATOR, 2013).

A psicoterapia cognitivo-comportamental trabalha no aqui e agora, não dando ênfase ao insight relativo à fase infantil, o terapeuta por sua vez, escuta, observa e interfere em prol do paciente, muitas vezes indo junto com ele ao encontro do ambiente onde seus problemas emergem, para que a mudança possa de fato ocorrer (RANGÉ, 2001, apud MUELER, 2013, p. 27).

Nos dias atuais, considera-se que o comportamento diz muito a respeito de alguém, contudo, alguns comportamentos mostram-se de maneira errônea, em decorrência de pensamentos, o que vem a prejudicar no desenvolvimento das habilidades sociais e contribuí muitas vezes para a concretização de uma doença, assim, a terapia cognitiva-comportamental objetiva transformar tais comportamentos. O comportamento pode ser estabelecido por qualquer ação da pessoa que possa ser observada por outro indivíduo (REESE, 1966, apud MUELER, 2013).

Para Cordioli (2008), a abordagem cognitiva-comportamental é indicada por diversos motivos, sendo então uma das abordagens utilizadas para a intervenção no transtorno de somatização.

Sintomas físicos (somáticos) são influenciados por fatores sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais. Comportamentos e emoções, por sua vez, são influenciados por interpretações de eventos. Pensamentos, usualmente automáticos e não conscientes, têm um profundo impacto no ajustamento a qualquer condição médica, tanto aguda como crônica, podendo amplificar ou minimizar os sintomas. A ênfase do modelo cognitivo-comportamental é colocada no modo como os pensamentos e as atitudes interagem com fatores físicos, afetivos e comportamentais (CORDIOLI, 2008, p. 603).

Segundo Fichter; Wittchem apud Mueller (2013), afirma que a terapia cognitiva-comportamental vem sendo utilizada no tratamento de transtornos psiquiátricos, entretanto, no transtorno psicossomático. A abordagem já concedeu possibilidades interessantes ao modelo de entendimento dos fenômenos psicopatológicos e psicológicos, ao método de diagnóstico, às técnicas e tratamentos terapêuticos e especialmente aos resultados, tendo se transformado na técnica terapêutica mais eficaz na expansão entre os meios psicológicos e psiquiátricos.

2.1.5.3 Psicoterapia psicanalítica

A Psicanálise também é uma abordagem que vem sendo bastante utilizada no tratamento de transtorno de sintomas somáticos. Segundo a abordagem, pode-se afirmar que, a enfermidade no transtorno somático relaciona-se a ego frágil, envolve a insistência na divisão da personalidade do paciente, e dissociações diversas que constituem a verdadeira enfermidade (HISADA, 2003, apud MUELER, 2013).

“É importante salientar que, além da redução de sintomas, a psicanálise objetiva uma expansão da capacidade intrapsíquica, no sentido de um aumento do conhecimento sobre si mesmo e das possibilidades de escolha” (CORDIOLI, 2008, p.152).

A abordagem psicanalítica, por meio da psicossomática, passou a olhar os pacientes com um ponto de vista mais amplo, não somente se limitando apenas à doença. Essa forma de intervenção é necessária, tendo em vista que, os indivíduos não se resumem somente ao transtorno que possuem (MUELER, 2013).

Quando se utiliza a técnica psicanalítica para o transtorno em questão, muitos fatores devem ser levados em conta, como, o esquema referencial utilizado, o tipo de leitura dos sintomas, aspectos biopsicossociais, entre vários (ZIMERMAN, 2004, apud MUELER, 2013).

O analista deve levar em conta que os pacientes somatizadores, genericamente, apresentam dificuldades não só quanto à capacidade para produzir fantasias inconscientes, mas também, estão prejudicados no que tange à formação de símbolos e, conseqüentemente, às incapacidades de abstração, conceituação e de generalização, que cedem lugar a uma predominância do pensamento concreto (ZIMERMAN, 2004, apud MUELER, 2013, p. 34).

Desta forma Cordioli (2008), afirma que para a teoria psicanalítica a somatização pode dar-se com mais frequência em pacientes que passam por ameaças afetivas, sejam estas originárias da vida pulsional ou de episódios do ambiente.

2.1.5.4 Psicoterapia humanista

Mueler (2013), salienta que a Psicologia Humanista também trata pacientes com transtorno de sintomas somáticos, através da psicoterapia individual e também através de grupos. Esse segundo método tem provocado bastante resultado na vida das pessoas.

Grande quantidade de pessoas procura explorar seu próprio potencial e aprofundar o seu sentimento de humanidade com outras mediante os vários métodos de grupo; e a teoria, as técnicas e o ambiente desses grupos baseiam-se, com frequência, direta ou indiretamente, em princípios humanistas (GREENING, 1975, apud MUELER, 2013, p. 38).

De acordo com a teoria humanista, é fundamental entender o paciente como corpo, mente e relações sociais. Desta forma, compreendendo-o como um todo, que necessita estar em equilíbrio para assim descobrir-se e fazer suas escolhas, sem que isto lhe cause sofrimento e contribua para seu adoecimento (MUELER, 2013).

Um dos principais objetivos do terapeuta humanista é ajudar o paciente a descobrir-se, descobrir o que quer da vida, descobrir os seus melhores potenciais. O terapeuta não lhe dirá o que fazer ou onde ir. O terapeuta acredita na liberdade de escolha do paciente, uma vez liberto de suas fixações neuróticas; e também acredita na existência de um potencial criador em cada ser humano (GREENING, 1975, apud MUELER, 2013, pg. 38).

O autor ressalta, pessoas em terapia humanista tendem a entender as situações como facilitadoras de crescimento pessoal, e passam a ver os fatos não como generalizações, e sim como exclusivos de cada indivíduo e apto de enfrentamentos e mudanças (MUELER, 2013).

Vale ressaltar que, apesar destas abordagens serem utilizadas para o tratamento do transtorno em questão, muitas vezes não é o suficiente para o paciente apresentar melhoras significativas, tornando-se necessário intervir com medicamentos, como já mencionado acima.

2.1.5.5 Tratamentos usados em medicina psicossomática

Diversas intervenções são usadas com êxito em medicina psicossomática. Contudo, é importante que seja dada atenção especial à doença clínica e as

abordagens quando são utilizados medicamentos psicotrópicos. A psicoterapia exerce um papel significativo em medicina psicossomática, contudo as estruturas e os resultados em relação a terapia na saúde mental podem variar (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Existem recomendações importantes a serem observadas no uso de psicofármacos. É fundamental focar a atenção nos sintomas presentes do indivíduo, considerando a história dos tratamentos e da doença, avaliando os efeitos colaterais dos medicamentos em particular, existem diversos outros fatores a serem observados em relação a doença e a intervenção clínica do paciente. É essencial que sejam averiguadas as interações entre as substâncias e as contraindicações para o uso de agentes psicotrópicos. O teste geral dos efeitos colaterais, como risco do surgimento de diabetes, riscos cardiovasculares, acréscimo de peso e ainda a metabolização no fígado, deve ser considerado no momento da escolha do medicamento. Ainda é relevante, que se obtenha conhecimentos específicos sobre a eficácia e os riscos que os medicamentos podem oferecer aos pacientes (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

As utilizações das intervenções psicossociais também são diferenciadas quando aplicadas em pacientes psicossomáticos. Os recursos e os objetivos da intervenção psicossocial utilizadas em indivíduos clinicamente doentes são definidos pelo início e desenvolvimento da doença, desta forma, sempre buscando entender quais as causas dos sintomas psiquiátricos apresentados. Entretanto, existem bases sobre a eficácia desta intervenção na abordagem de diversos problemas apontados, considerando que, em vários casos existem múltiplos resultados clínicos positivo (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

2.2 METODOLOGIA

2.2.1 Natureza e tipo de pesquisa

O presente trabalho apresenta-se sobre natureza qualitativa. Segundo Goldenberg, 1997 apud Olivo (2013, p.45):

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de

pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa.

O trabalho também apresenta-se sobre a forma bibliográfica. Segundo Fonseca, 2002 apud Olivo (2013, p.46):

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

2.2.2 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

Foram utilizados materiais científicos bibliográficos como artigos, revistas, manuais e livros, bem como sites científicos para realização da coleta das informações referentes ao tema de pesquisa.

2.2.3 Procedimentos

Selecionou-se alguns autores que melhor defenderam o presente tema, para fazer a análise das interpretações e conseqüentemente responder o problema levantado.

2.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo tem como propósito analisar e discutir os dados obtidos através da pesquisa bibliográfica realizada. Desta forma, são elencadas as principais ideias encontradas sobre o Transtorno de Sintomas Somáticos, resgatando o conceito, diagnóstico, etiologia e as principais abordagens de tratamento para o transtorno referido.

A psicossomática surgiu no século passado através de Heinroth, contudo o movimento teve o seu reconhecimento no início do século atual através de Franz

Alexander e da escola de Chicago. O transtorno também já ficou conhecido como Síndrome de Briquet, devido as descobertas do médico Pierre Briquet, porém atualmente lhe chamamos de Transtorno de Sintomas Somáticos.

Segundo Mello Filho (1920), a evolução psicossomática poderia ser dividida em três grandes momentos, inicialmente com a contribuição da Psicanálise, chamada de fase inicial ou psicanalítica, sucessivamente com a contribuição do Behaviorismo, fase chamada de intermediária e não menos importante a fase atual ou multidisciplinar, fase a qual os profissionais da área da saúde enalteceram seus vínculos.

Para Alexander apud Cerchiari (2000), o termo psicossomático deve ser utilizado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em terapia quanto em pesquisa. No entanto, Cardoso apud Cerchiari (2000), afirma que o termo na expressão mais comum, pode corresponder tanto ao quesito da origem psicológica de variadas doenças, quanto às repercussões afetivas do estado de doença física no paciente.

Mello Filho (2010), explica que a Medicina Psicossomática tem como propósito promover aos pacientes uma prática mais direcionada a eles, entretanto menos voltada para a suas doenças e sintomas.

Diferentemente do autor citado, Cerchiari (2000), afirma que a Medicina Psicossomática estuda a relação corpo e mente, tendo como principal objetivo a patologia. E descreve a Psicologia Médica como o estudo da ligação assistencial tendo também como foco a patologia. Sendo assim, a Medicina enfatiza o diagnóstico e a Psicologia a sua atuação clínica.

Ainda no decorrer deste trabalho, observou-se que o transtorno de sintomas somáticos abrange outros transtornos, os quais chamamos de relacionados. Segundo Barlow e Durand (2015), esses cinco transtornos são, transtorno de sintomas somáticos: transtorno em que o indivíduo vivencia sentimentos e sensações horríveis, os quais acaba sugerindo a este paciente acreditar que ele possa estar portando uma doença clínica.

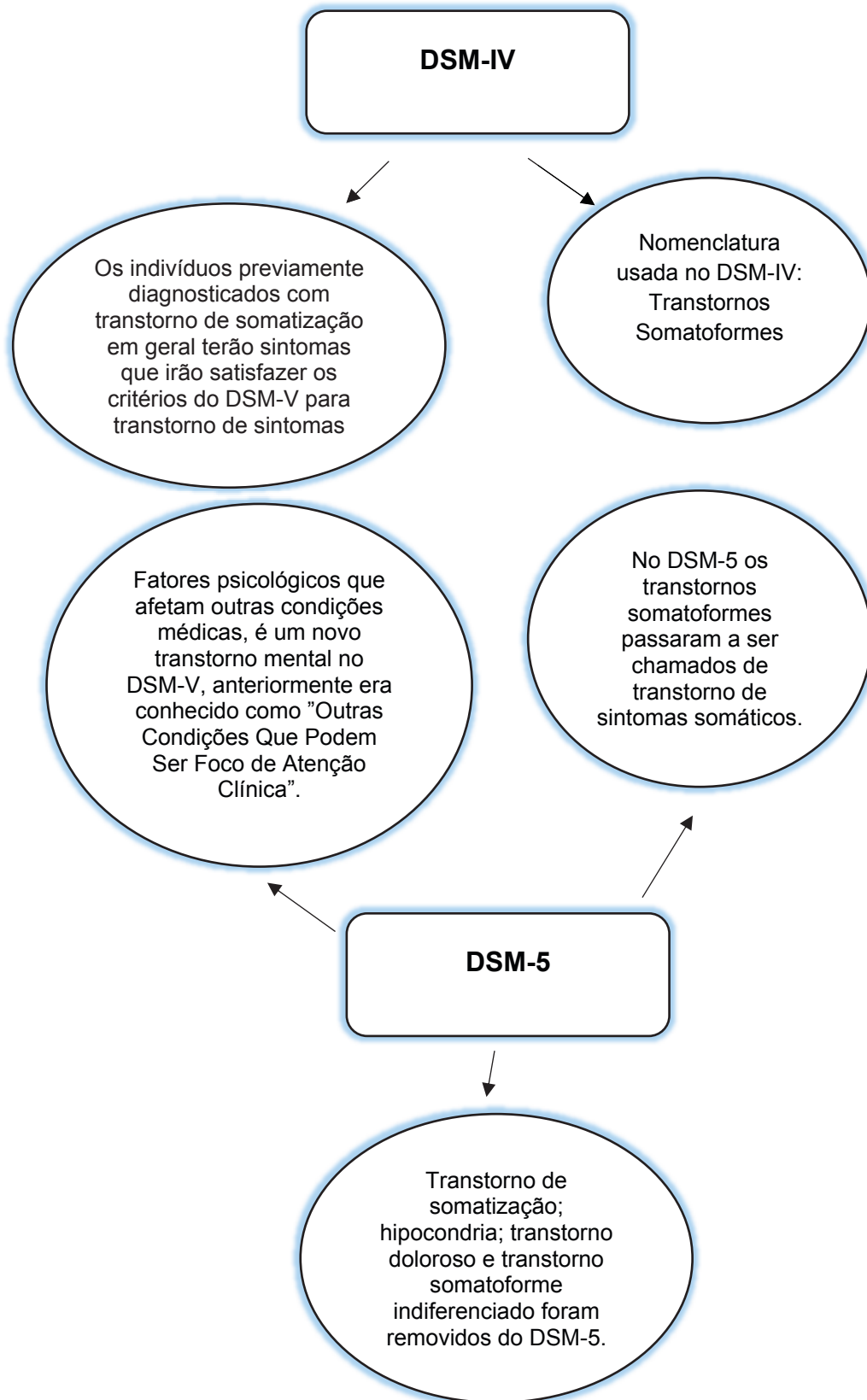
Contudo, através de exames e cuidados médicos não se encontra diagnóstico clínico para tais queixas. O segundo transtorno são os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas: transtorno este que tem como principal requisito a presença de uma doença médica diagnosticada, e desta forma, como o próprio nome sugere, os fatores psicológicos ou comportamentais veem a influenciar justamente no desenvolvimento e no tratamento desta condição médica. O terceiro é o transtorno de

ansiedade de doença: neste o paciente preocupa-se e sofre excessivamente por acreditar ser portador de uma doença ou por pensar que pode contrair uma.

Esse transtorno é novo no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). O quarto é o transtorno fictício: os pacientes neste transtorno por vezes acabam agravando ou induzindo doenças, para que possam receber mais atenção das pessoas que lhe cercam, portanto, mesmo que suas reclamações não sejam concretas, as necessidades clínicas e as psiquiátricas devem ser respeitadas. O quinto e último, é o transtorno conversivo: Este transtorno também é conhecido como transtorno de sintomas neurológicos funcionais, porém usa-se mais o termo transtorno conversivo. Os portadores do transtorno comumente possuem alguma deficiência física, e podem ter convulsões e movimentos como tremores involuntários, porém, suas origens são consideradas como psicológicas, uma vez que, não são apontados resultados clínicos para tais sintomas. Após analisar todos os cinco transtornos, podemos observar que ambos estão relacionados ao funcionamento total do corpo humano.

O DSM-5 traz uma nova nomenclatura para o transtorno em análise, e através da figura abaixo, observaremos quais as mudanças que ocorreram entre o DSM-IV e o DSM-5.

Figura 1 – Alterações relevantes sobre o transtorno de sintomas somáticos e relacionados entre o DSM-IV e DSM-5.



Através da exposição acima, viu-se quais as nomenclaturas que saíram do DSM-IV e quais as nomenclaturas novas encontradas no DSM-5. Desta forma, é necessário que os profissionais tenham conhecimento destas alterações, para efetivar um diagnóstico correto e um tratamento com excelência.

Ainda sobre o diagnóstico, Barlow e Durand (2015) acordam que, pacientes psicossomáticos vivenciam as sensações físicas normalmente como todas as pessoas, porém, focam ligeiramente nessas sensações. Assim, acabam acreditando que elas estão gradativamente mais intensas.

Os critérios diagnósticos para o transtorno de sintomas somáticos, estão subdivididos em três critérios (A, B e C), podendo ainda serem descritos como leve, moderada ou grave, como apresenta o DSM-5 (2014). Os sintomas para satisfazer o diagnóstico condizem nas causas que afligem ou acarretam em perturbações significativas na vida do indivíduo; pensamentos, comportamentos e sentimentos exagerados em relação aos sintomas somáticos e relacionados, nos quais causam preocupações acerca da gravidade dos próprios sintomas; níveis elevados de ansiedade; tempo e energia imoderado a esses sintomas e é importante lembrar que, essas condições devem estar presentes na vida do indivíduo por mais de seis meses, para que assim, se estabeleça o diagnóstico do transtorno, bem como será possível especificar a sua predominância sintomatológica.

Mueler (2013), afirma que os sintomas supracitados causam sofrimento significativo e afetam a vida do paciente em diferentes aspectos como, pessoal, social, profissional, afetivo e de acordo com tais peculiaridades o indivíduo também podem atribuir-se à uma posição de dependência.

Constatou-se que, indivíduos com menor grau de escolaridade, baixo nível socioeconômico e pacientes desempregados, são mais vulneráveis em relação ao diagnóstico de transtornos somáticos.

Ainda segundo o DSM-5 (2014), pessoas do sexo feminino, com idade mais avançada encontram-se mais propícia ao diagnóstico. Uma vez que, possam ter sofrido abusos, atribulações e maus tratos na infância. O autor ainda afirma que, os sintomas somáticos também aparecem significativamente em indivíduos com idade mais avançada, sendo que nesses casos, os sintomas mais frequentes são as dores de cabeça e a fadiga (DSM-5, 2014).

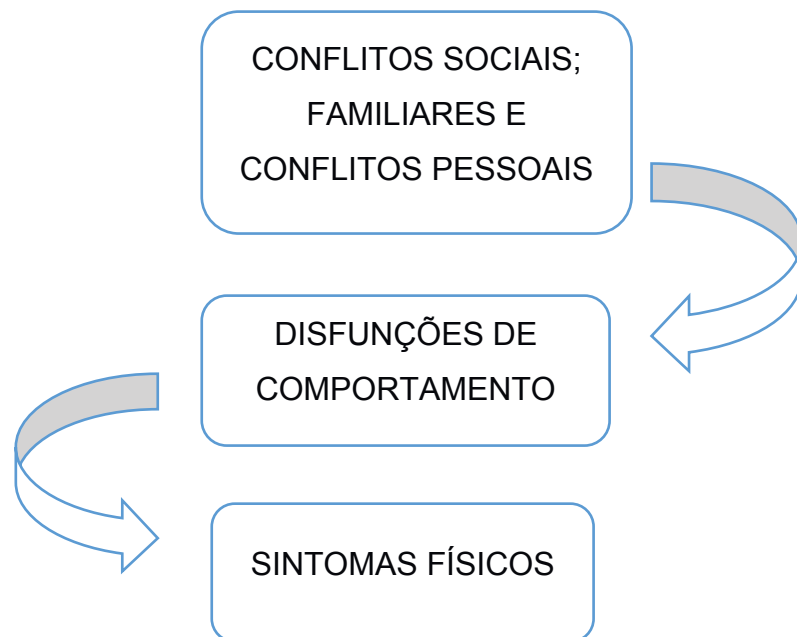
Para Sadock; Sadock e Ruiz (2017), os transtornos de sintomas somáticos é uma variante de outros sintomas mentais, como a depressão e os transtornos de

ansiedade. Eles acreditam que cerca de 80% das pessoas com o diagnóstico psicossomático, também alcançam os critérios para os transtornos mencionados.

Os autores reconhecem que, o transtorno de sintomas somáticos, pode ser observado como uma forma de proteção contra a culpa, sentimentos de maldade e egocentrismo. Sendo assim, o sofrimento e a dor seriam uma maneira de punição merecida por delitos passados, sejam eles reais ou imaginários.

A figura abaixo retrata de uma forma mais clara a ideia dos autores mencionados, as quais eles compreendem que quando o paciente está em conflito seja ele social, familiar ou até mesmo pessoal, conseqüentemente este terá disfunções de comportamento e assim seu corpo irá responder com sintomas físicos.

Figura 2 – Relação entre diagnóstico e etiologia do transtorno de sintomas somáticos.



Fonte: (GOMES, 2018).

Desta forma, entende-se que é necessário que tenhamos conhecimento a respeito dos tratamentos utilizados nos transtornos de sintomas somáticos, tendo em vista que, indivíduos com esse diagnóstico necessitam de acompanhamento regularmente. Uma das características encontradas em pacientes somáticos é a resistência ao tratamento, porém, alguns aceitam ajuda médica e buscam pela redução do seu sofrimento.

Barlow e Durand (2015), relatam que os pacientes somáticos demoram para buscar ajuda, mesmo não se sentindo bem, pois acreditam que essa busca pode vir a acarretar em mais descobertas e sofrimentos.

Sadock; Sadock e Ruiz (2017), afirma que, a psicoterapia em grupo beneficia e oferece suporte ao paciente, principalmente em relação a diminuição da ansiedade. Contudo, eles afirmam que a psicoterapia individual auxilia grandemente no tratamento.

Para Mueller (2013), a psicoterapia é uma das intervenções mais indicadas, pois é através dela que os pacientes passarão a ter mais consciência sobre a possibilidade de seus sintomas terem causas psicológicas.

Para Sadock; Sadock e Ruiz (2017), além das abordagens psicoterapêuticas utilizadas no tratamento, eles consideram necessário a intervenção medicamentosa, pois afirmam que, a farmacoterapia alivia os sintomas presentes no transtorno de sintomas somáticos. Seguindo a mesma linha de pensamento Mueller (2013), também afirma ser fundamental a terapia medicamentosa.

Morschitzky e Sator (2013), dividiram o tratamento psicossomático em três caminhos, sendo o primeiro, a influência dos órgãos, conseqüentemente, a influência do contexto nos órgãos e ainda a recriação da relação com o órgão. Através deste caminho de tratamento, acreditam que o paciente alcançará a cura.

Mueller (2013), ainda acrescenta que, a psicoterapia realizada de maneira completa e profunda, provoca no paciente lembranças, sentimentos, pensamentos e comportamentos. Essas alterações estão em estudos e são observadas através de imagens cerebrais, as quais afirmam que a psicoterapia causa efeitos no sistema nervoso central dos indivíduos.

Ainda sobre tratamento psicoterapêutico, nota-se que o presente estudo apresenta três principais abordagens utilizadas no tratamento psicossomático. Primeiramente a terapia cognitivo-comportamental, que segundo Mueller (2013), trabalha no aqui e agora, e é caracterizada por ser uma prática psicoterápica com uma concepção determinista e naturalista do comportamento humano. Na sequência temos a terapia psicanalítica, que também vem sendo bastante utilizada na psicossomática. Esta abordagem afirma que a enfermidade psicossomática está relacionada ao ego frágil e que sua técnica leva em conta muitos fatores, como por exemplo, o tipo de leitura dos sintomas e os aspectos biopsicossociais. A última abordagem mencionada é a psicoterapia humanista, que trabalha com a psicoterapia

individual e também através de grupos. De acordo com teoria, é fundamental entender o paciente como corpo, mente e relações sociais. Desta forma, esta abordagem apresenta bastante resolutividade na vida dos pacientes somáticos.

Desta forma, pode-se entender que o transtorno de sintomas somáticos é um transtorno respectivamente novo, que acomete a qualidade de vida dos pacientes com este diagnóstico. Recentemente, sofreu alterações no DSM-5, onde sua nomenclatura passou a ser chamada de transtornos de sintomas somáticos e relacionados, tendo em vista que, no DSM-4 era conhecido como transtornos somatoformes. Para que seu diagnóstico seja concluído, é necessário que o paciente satisfaça os critérios descritos no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Contudo, a forma de tratamento é ampla, podendo contar com as áreas da medicina e da psicologia. Na medicina o indivíduo utilizará a farmacoterapia, ou seja, os medicamentos. E a psicologia trabalhará com as terapias e suas abordagens.

3 CONCLUSÃO

O presente trabalho de conclusão de curso teve como tema, transtorno de sintomas somáticos: diagnóstico, etiologia e tratamento. E para melhor compreensão acerca do assunto, teve como principais objetivos, conceitualizar e contextualizar o transtorno somático, podendo assim, identificar os fatores diagnósticos, descrever as possibilidades diagnósticas no que diz respeito à nosologia dos sintomas somáticos, além de pesquisar os principais fatores etiológicos e de risco, e suas principais abordagens terapêuticas, enfatizando as que apresentaram melhores resultados no tratamento das doenças psicossomáticas. Tendo como pergunta problema, quais as características do transtorno de sintomas somáticos, bem como sua etiologia e formas de tratamento?

A busca pelo tema deu-se pelo interesse em mostrar as pessoas, o quanto este transtorno está presente na vida dos indivíduos, e o quanto ele compromete a vida do paciente em vários aspectos, sendo eles, social, profissional, acadêmico e/ou familiar.

Para a elaboração deste trabalho, utilizou-se o método bibliográfico, sendo sua natureza qualitativa. Desta forma, foram utilizados materiais científicos bibliográficos como artigos, manuais e diversos livros, bem como sites científicos para realização da coleta das informações referentes ao tema de pesquisa. Posteriormente, selecionou-se alguns autores os quais defenderam melhor o presente tema. Sendo assim, é possível afirmar que os objetivos foram devidamente alcançados, permitindo um grande conhecimento acadêmico/científico nesta área especificamente.

Ainda pode-se afirmar que, a questão problema foi devidamente respondida, tendo em vista que, os autores utilizados retrataram de forma clara quais os principais critérios para o diagnóstico do transtorno de sintomas somáticos, quais as causas mais relevantes e quais as formas de tratamento utilizadas neste transtorno.

O transtorno de sintomas somáticos é a relação entre o corpo e a mente no processo de adoecimento. O que caracteriza o transtorno são as diversas queixas somáticas inicialmente inexplicáveis, tendo em vista que, o paciente busca pelo atendimento médico, porém este, através das suas intervenções e exames não localiza explicações para as demandas expostas pelo paciente. O DSM-5 retrata três critérios essenciais para que o diagnóstico seja efetivado, sendo subdivido em critérios A, B e C. Para que se estabeleça o diagnóstico esses critérios devem ser identificados durante a avaliação psicológica criteriosa, a qual envolve o exame mental e físico do

paciente em análise. Além disso foi possível compreender que os transtornos de sintomas somáticos são semelhantes a outros transtornos mentais, o que faz necessário o conhecimento dos diagnósticos diferenciais do transtorno envolvido.

Acerca da etiologia, foi possível identificar que a causa principal do transtorno está relacionada a indivíduos com menor grau de instrução, pessoas desempregadas e particularmente em indivíduos que sofreram recentemente um evento exaustivo em sua vida. As intervenções no tratamento com pacientes somáticos são realizadas através da farmacoterapia e psicoterapia, duas abordagens que se mostraram eficazes para a recuperação dos indivíduos.

Entende-se que é relevante trabalhar este tema e compreender mais sobre o transtorno em análise, sendo pertinente realizar novas pesquisas em relação aos principais sinais e sintomas encontrados em pacientes com transtorno de sintomas somáticos, bem como os planejamentos terapêuticos.

REFERÊNCIAS

CAPITÃO, Cláudio Garcia; CARVALHO, Érica Bonfá. **PSICOSSOMÁTICA: DUAS ABORDAGENS DE UM MESMO PROBLEMA**. 2006. 8 f. Curso de Psicologia, Universidade São Francisco, São Paulo, 2006.

Alexander, Franz (1989). **MEDICINA PSICOSSOMÁTICA**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1989.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **PSICOSSOMÁTICA E A PSICOLOGIA DA DOR**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

MELLO FILHO, Julio de et al. **PSICOSSOMÁTICA HOJE**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MORSCHITZKY, Hans; SATOR, Sigrid. **QUANDO A ALMA FALA ATRAVÉS DO CORPO**. Petrópolis: Vozes, 2013.

CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes. **PSICOSSOMÁTICA UM ESTUDO HISTÓRICO E EPISTEMOLÓGICO**. *Psicol. cienc. prof.* Brasília, v. 20, n. 4, p. 64-79, dezembro de 2000.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 de agosto de 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932000000400008>.

Americ Psychiatric Association. (2014). **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNO MENTAIS**. (5ª ed.) (M.I.C. Nascimento, et al., Trans.). Porto Alegre: Artmed.

BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. **PSICOPATOLOGIA UMA ABORDAGEM INTEGRADA**. 7. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

MUELER, Regiane Patricia Rodrigues. **ASSOCIAÇÃO DA PSICOTERAPIA E PSICOFARMACOLOGIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO**. 2013. 74 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe, Caçador, 2013.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

CORDIOLI, Aristides V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

OLIVO, Monica. **Transtorno de Somatização na Infância**. 2013. 52 f. TCC (Graduação) – Curso de Psicologia, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe, Caçador, 2013.