

# Somatização e Sintomas sem Explicação Médica: A Necessidade de Comunicação Eficaz

Thiago da Cruz Marques, José Carlos Arrojo Junior

## Introdução

Na prática clínica, Transtornos de Somatização e Sintomas sem Explicação Médica (SEM, e em inglês como *Medically Unexplained Symptoms - MUS*) são percebidos frequentemente na atenção primária e população em geral e estão associados a sofrimento mental em vários contextos médicos, descritas como sensações somáticas persistentes para qual o exame adequado não revela suficientemente explicação anatomopatológica<sup>1</sup>. Surge a problemática que justifica, muitas vezes, esses portadores de sofrimento emocional serem rejeitados pelos profissionais de saúde e não receberem apoio para enfrentamento de suas queixas, sendo de maneira pejorativa denominados de “poliqueixosos”<sup>2</sup>. No entanto esses pacientes muitas vezes recebem extensa investigação e tratamento somático, que é em grande parte ineficazes e às vezes iatrogênicos, que em geral é atribuída à pressão de pacientes por tratamento somático e “cura”<sup>3</sup>.

Observa-se que a prevalência de sofrimento emocional dentre a demanda atendida em unidades de saúde é muito alta. Vários estudos no Brasil apontam que cerca de 50% dos usuários atendidos por equipes da estratégia de saúde da família (ESF) apresentam esse tipo de sofrimento, sendo que, em média, 35% deles têm alterações de intensidade grave, preenchendo critérios para transtornos mentais diversos<sup>4</sup>. Dentre os estudos de fatores de riscos observados para a presença de transtornos mentais associados à somatização, um estudo feito no nordeste do Brasil indicou associação do risco de ansiedade e depressão com o gênero feminino, faixa etária de 40 a 65 anos e ocupação com afazeres domésticos<sup>5</sup>. Em três grandes cidades brasileiras, importante estudo sobre morbidade psiquiátrica menor revelou também associação com o gênero feminino<sup>6</sup>.

Evidências na atenção primária, em relação a intervenções com pacientes portadores de SEM, são de ajuda limitadas. No entanto, pode-se destacar a importância de intervenções mais genéricas, como Comunicação Positiva<sup>7</sup>, dando ao paciente apoio e garantia firme de ser positivo quanto ao prognóstico, bem como apoio e aliança estão associados a melhores resultados para esse paciente<sup>8</sup>.

A escolha do tema desse presente projeto se justifica pelo elevado número de pacientes com transtornos psiquiátricos, principalmente aqueles que não apresentam correlação clínica anatomopatológica para justificar tais queixas; portanto, o projeto busca uma tentativa de garantir melhorias em relação ao atendimento e acompanhamento desses pacientes na Unidade Básica de Saúde do Bairro Jardim Rio Branco II e III, localizado no município de São Vicente/SP.

## Objetivos

**Objetivo Geral:** Propor um plano de intervenção na Unidade Básica de Saúde Jardim Rio Branco II e III para garantir consulta médica de qualidade e melhor acolhimento/acompanhamento aos pacientes com Transtorno de Somatização e Sintomas sem Explicação Médica.

**Objetivos Específicos:**

1. Definir fluxo de atendimento específico aos pacientes com Transtorno de Somatização que procuram a UBS.
2. Garantir acolhimento de qualidade aos pacientes com queixas de Sintomas sem Explicação Médica que vivem no Bairro Jardim Rio Branco e que procuram Atenção Básica.
3. Reduzir o número de pacientes com queixas de Sintomas inexplicáveis que estão sem acompanhamento médico.
4. Promover educação continuada quanto aos riscos da automedicação.
5. Manter estes pacientes informados sobre a doença e trazer seus vínculos junto a participar do plano terapêutico.

## **Método**

Local: Unidade Básica de Saúde Jardim Rio Branco II e III, Município de São Vicente/SP.

Público-alvo: Pacientes somatizadores e com sintomas sem explicação médica da área abrangente.

Participantes: Profissionais que atuam no serviço de atenção básica da área abrangente e apoio dos gestores municipais de saúde.

Ações:

1. Treinamento dos profissionais envolvidos: Apoio da Secretaria de Atenção Básica com curso de 4 horas em saúde mental voltada para os profissionais envolvidos na atenção básica e ao final, discussão de caso.
2. Assegurar o apoio dos pares entre os profissionais de saúde para discutir gestão.
3. Considerar um plano compartilhado com o paciente, cuidadores e profissionais.
4. Compartilhar decisões, ouvir pacientes e reconhecer a importância na visão das queixas do paciente.
5. Projeto Família Unida: Aumentar a participação familiar no processo de tratamento/enfrentamento.
6. Seminário mensal de sensibilização da comunidade abrangente quanto aos riscos da automedicação.

Avaliação / Monitoramento: Reuniões semanais com equipe de profissionais envolvidos por meio da avaliação do processo como todo. Progresso dos indivíduos envolvidos na redução dos sinais e sintomas, avaliação familiar de todo processo na intervenção dos cuidados.

## **Resultados Esperados**

O presente projeto poderá aprimorar benefícios já conhecidos por meios de ações coletivas e minimizar sofrimentos, resgatando práticas tradicionais, como habilidades de comunicação com abordagem na pessoa de forma calorosa, empática e confiante e, assim, conduzir uma melhoria na qualidade de vida. Ainda, contribuir positivamente para facilitar futuros projetos nesse tema e diminuir o número de indivíduos com morbidades desta origem.

## Referências Bibliográficas

1. Piccinelli M, Rucci P, Ustun B, Simon G. Typologies of anxiety, depression and somatization symptoms among primary care attenders with no formal mental disorder. *Psychol Med.* 1999;29(3):677-88.
2. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth AL. Medically unexplained symptoms in primary care: a comparison of self – report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res.* 1997;42(3):245-52.
3. Stanley IM, Peters S, Salmon P. A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. *Int J Psychiatry Med* 2002;32: 125-40.
4. Gonçalves D, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(9):2043-53.
5. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filha MO, Vianna RPT, Dias MD, Silva AO. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(5):675-80.
6. Coutinho ESFC, Almeida Filho N, Mari JJ, Rodrigues LC. Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country. *Int J Psychiatry Med.* 1999;29(2):197-208.
7. Heijmans M, olde Hartman TC, van WeelBaumgarten E, et al. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28(4): 444–455.
8. Borghuis MS, Lucassen PL, et al. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *J Psychosom Res* 2009; 66(5): 363–377.