



Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes

Hugo Braga Tavares¹, Pedro Dias Ferreira², Helena Fonseca²

1. Consulta Medicina do Adolescente, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE
2. Unidade de Medicina do Adolescente, Departamento da Criança e da Família, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria

Resumo

A Perturbação de Somatização (PS) é muito prevalente na adolescência fruto das profundas transformações bio-psico-sociais associadas a este período, resultando num excessivo consumo de recursos médicos com múltiplas vindas ao Serviço de Urgência (SU).

É efectuada uma revisão das principais manifestações, factores predisponentes e desencadeantes, assim como da forma de abordagem da PS no SU e do seu posterior seguimento em ambulatório.

A PS tem uma apresentação clínica variada, sendo os sintomas mais frequentes a dispneia, dor torácica, dor abdominal e cefaleia. As manifestações clínicas podem ser, no entanto, mais subtis, exigindo um alto índice de suspeita. Os sintomas são habitualmente desproporcionalmente exacerbados em relação aos achados do exame objectivo e após uma avaliação cuidada não é necessária, na maioria dos casos, a realização de exames complementares diagnósticos. Os factores predisponentes e desencadeantes nem sempre são evidentes, devendo ser cuidadosamente avaliados os aspectos relacionados com a família e a escola, pela sua frequência. A maioria dos casos responde a uma psicoterapia estruturada, não havendo necessidade de recorrer a terapêutica farmacológica.

Palavras-Chave: Perturbação de Somatização, adolescência

Acta Pediatr Port 2010;41(1):33-7

Somatic disorder – a prevalent adolescent pathology

Abstract

Somatization Disorders (SD) are highly prevalent among adolescents due to their specific bio-psycho-social developmental profile, leading to consuming healthcare resources and multiple visits to the Emergency Room (ER).

This paper reviews the main clinical manifestations, predisposing/triggering factors and management of SD at the ER as well as the follow-up.

SD include a wide range of symptomatic presentations, being the most prevalent among them dyspnoea, thoracic and abdominal pain and headache. Clinical presentation may be subtle making SD diagnosis a real challenge. Usually, symptoms are not consistent with physical examination and quite often a careful evaluation may overcome the need for further investigation. Triggering and predisposing factors may not be clear and evaluation must be comprehensive and systematically include a careful familial and school performance assessment. Most cases respond well to psychotherapy approaches and do not need any pharmacological intervention.

Key-words: Somatization Disorder, adolescence

Acta Pediatr Port 2010;41(1):33-7

Introdução

O diagnóstico de Perturbação de Somatização (PS) constitui um verdadeiro desafio para o pediatra pela dificuldade em valorizar e enquadrar uma sintomatologia muitas vezes florida, persistente e sem aparente correlação fisiopatológica, e o receio de poder deixar escapar alguma entidade orgânica responsável pelas queixas do adolescente. Este último é agravado pela necessidade do médico dosear o seu esforço diagnóstico para não “alimentar” o incessante processo de busca de causa orgânica por parte dos pais e adolescente.

O aumento da prevalência da sintomatologia psicossomática torna a sua discussão pertinente e necessária.

Sendo a maioria dos casos de PS inicialmente observados por pediatras e/ou médicos de Medicina Geral e Familiar tentou-se com este artigo dar resposta a algumas questões que permitam aos profissionais de saúde lidar com esta situação.

O que é a Perturbação de Somatização?

Define-se Somatização como a ocorrência de um ou mais sintomas físicos para os quais um estudo apropriado não permite encontrar mecanismo fisiopatológico subjacente ¹. Este

Recebido: 01.09.2009

Aceite: 01.02.2010

Correspondência:

Hugo Braga Tavares
Consulta de Pediatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho
Unidade 2
Rua Francisco Sá Carneiro
4400-129 Vila Nova de Gaia
hugotavaresmd@gmail.com

quadro pode coexistir com uma patologia orgânica, devendo ser suspeitado se a intensidade dos sintomas é excessiva em relação ao esperado para essa condição física.

O papel principal do profissional de saúde será o de estabelecer o diagnóstico pela conjugação de achados que o sugeriram e após um trabalho de exclusão do quadro orgânico que mimetizam.

A classificação de PS, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, foi estabelecida para a idade adulta, tendo sido durante muitos anos utilizada na população pediátrica sem a devida validação clínica. Em 1996 surgiu uma nova classificação que tem em conta aspectos do desenvolvimento associado à idade, permitindo a sua utilização em contexto pediátrico ². Esta inclui 7 categorias que têm em conta fundamentalmente o grau de interferência na vida da criança/adolescente e a duração dos sintomas (Quadro I).

Quadro I – Classificação de Diagnóstico Mental em Crianças e Adolescentes nos Cuidados de Saúde Primários (DSM-PC; 1996) ²

Varição de Queixa Somática
Problema de Queixa Somática
Perturbação Somatoforme
Perturbação Somatoforme Indiferenciada
Perturbação Somatoforme não Especificada
Perturbação de Dor
Perturbação de Conversão

Qual a sua epidemiologia?

A prevalência de PS na população em geral não se encontra estabelecida sobretudo pela dificuldade de classificação que impediu a definição de critérios de inclusão consistentes em estudos nesta área.

Alguns autores sugerem, no entanto, uma prevalência de 4% e 11%, respectivamente para o sexo masculino e feminino, sendo semelhante à da idade adulta ¹. É também claro o predomínio desta condição entre os adolescentes de grupos socio-económicos mais desfavorecidos.

Qual a etiologia da Perturbação de Somatização?

Muito embora alguns estudos considerem os factores genéticos preponderantes no desenvolvimento da PS, apoiados em achados de concordância em gémeos, parece claro que os factores ambientais predominam na sua etiologia. Parece clara a existência de uma base genética que influencia tanto o grau de susceptibilidade do indivíduo como os seus mecanismos de defesa que modulam a forma como irá responder a determinados estímulos.

Os estímulos podem ser provenientes dos diferentes meios relacionais do adolescente, sendo o familiar um dos preponderantes. Não é raro a existência de um perfil somatoforme, um processo de luto ou uma doença crónica no núcleo fami-

liar, havendo muitas vezes uma concordância entre os sintomas apresentados pelo adolescente e a patologia do familiar doente. Muitas vezes existe uma disfunção parental na génese da PS sendo que a focalização no seu elemento “doente” (neste caso o filho) funciona como mecanismo de escape. Esta é uma das formas de ganho secundário que poderá advir da existência de um elemento familiar doente, a que se associa muitas vezes a própria vontade do adolescente em estar doente pelos benefícios secundários que pode obter. Este ganho adicional transforma-se muitas vezes no factor perpetuador da sintomatologia e caracteriza frequentemente estas famílias, devendo ser equacionado na avaliação clínica do adolescente e das relações intra-familiares (entre pais e entre estes e o adolescente).

A sociedade em que o adolescente se insere tem também um papel fundamental na definição dos padrões normais de funcionamento e/ou resposta a determinados estímulos. Os factores culturais influenciam o grau de sensibilidade/resistência de um indivíduo e podem condicionar uma maior ou menor aceitabilidade dos seus sintomas somáticos.

Está descrita também uma associação entre PS e antecedentes de abuso e/ou maus-tratos.

Apesar da disfunção familiar predominar na etiologia destes quadros, também não são raros os estímulos em ambiente escolar ou no grupo de pares que constituem factores de pressão no desempenho do adolescente.

Como explicar as manifestações no adolescente?

As manifestações de PS parecem relacionar-se com a fase do desenvolvimento da criança/adolescente. A criança possui um pensamento concreto que lhe permite sentir e interpretar o sintoma como tal mas não associá-lo a alguma perturbação ou disfunção dos seus contextos relacionais. A dor abdominal, por exemplo, é sentida como tal, não conseguindo a criança associar o seu aparecimento e/ou exacerbação a determinadas vivências que lhe possam ser dolorosas (separação parental, *bullying* em contexto escolar, etc.).

Pelo contrário, os adolescentes ao adquirirem o pensamento formal, são mais introspectivos, focalizando a atenção no seu corpo e nos sintomas que este expressa. As transformações constantes de que o seu corpo é alvo, promovem um comportamento atento que se intensifica tanto mais quanto não se identifiquem com o novo corpo. Acresce que a adolescência se acompanha de uma expansão dos cenários relacionais do adolescente, da família à escola, passando pelo grupo de pares (com quem se quer identificar a qualquer custo) e a sociedade em geral, aumentando de forma exponencial os possíveis estímulos desencadeantes ou perpetuadores de stress ³.

Qual a habitual forma de apresentação? Quando devo suspeitar?

A PS resulta da perpetuação de determinados estímulos causadores de stress, designados de predisponentes, que promovem uma progressiva disfunção/desadequação da interacção do adolescente com o ambiente envolvente. Pode traduzir-se

em sintomas que se vão instalando de uma forma gradual e intermitente, com progressiva interferência funcional. Muitas vezes consegue ser identificado um determinado evento (precipitante) responsável pelo despertar e/ou acentuar da sintomatologia. Outras vezes acresce a este processo de progressiva sensibilização uma agudização súbita dos factores de stress e/ou de esgotamento dos mecanismos de defesa do indivíduo, que culmina no aparecimento de sintomas agudos (crise). Estes últimos casos são habitualmente observados em contexto de SU. A identificação dos factores predisponentes e/ou precipitantes é muitas vezes dificultada pela sua não valorização por parte do próprio ou da família.

A expressão clínica varia e inclui sintomas gastrointestinais, musculo-esqueléticos, respiratórios, cardíacos, neurológicos ou apenas sintomas inespecíficos como astenia e mal-estar generalizados. Habitualmente os sintomas abrangem diferentes sistemas.

O grau de interferência no funcionamento diário é também variável. Numa situação de instalação progressiva dos sintomas pode ser já patente alguma repercussão, mas é nas situações de agudização que esta se torna mais evidente, muitas vezes com a expressão de sintomas que impedem o adolescente de ter uma vida dentro dos parâmetros a que estava habituado.

O adolescente com PS caracteriza-se por vivenciar a sua sintomatologia (muitas vezes de forma sofrida) distinguindo-se dos casos de simulação pelo próprio ou interposta pessoa (*Munchausen* ou *Munchausen by proxy*). Muito embora seja possível estabelecer o diagnóstico diferencial entre estas situações, o médico deverá estar atento à possibilidade da sua ocorrência.

O Quadro II resume algumas das características dos sintomas que poderão apontar para uma etiologia orgânica *versus* funcional dos mesmos.

Quadro II – Diagnóstico Diferencial de Etiologia Orgânica/Funcional

	ORGÂNICO	FUNCIONAL
Sintoma	Consistente	Variável
Localização	Mesma localização	Vago e variável
Tempo	Ocorre nas mesmas circunstâncias	Variável e/ou claramente associado a stressores
Sono	Pode estar afectado	Raramente afectado
Precipitante	Pode ser específico	Difícil associação
Factor aliviante	Medidas específicas podem aliviar	Tempo e descanso
Início	Agudo	Arrastado
Impacto nas actividades	Evidente	Pode ser nulo
Preocupação	Grande	Muitas vezes indiferente
Peso	Alterado	Raramente alterado
Sintomas associados	Único sistema e consistente com doença subjacente	Múltiplos sistemas e inconsistente com mecanismos fisiopatológicos

Adaptado de Rickert et al⁴

Existe uma associação muito forte entre PS e ansiedade/depressão. Uma das características da depressão major é a somatização assim como os ataques de pânico se caracterizam por um conjunto de sintomas de somatização (dispneia, palpitações, sudorese, náusea, ...). Por outro lado, estados de somatização severos podem repercutir-se na qualidade de vida. A própria antecipação da ocorrência da sintomatologia pode ser geradora de estados de ansiedade. Na abordagem dos doentes com PS é importante avaliar à partida a existência destas comorbilidades para melhor definir um plano terapêutico adequado.

A suspeita clínica de PS surge muitas vezes pela conjugação de variados aspectos da anamnese. A constatação de múltiplas queixas e repetidas avaliações médicas prévias, e/ou a existência de um familiar com doença crónica (especialmente se os sintomas coincidem) ou de um luto familiar não resolvido ou com resolução em curso, deverão levar a pensar neste diagnóstico. A existência de uma disfunção em algum dos diferentes cenários onde se movimenta o adolescente (família, grupo de pares, escola) pode também apontar neste sentido.

Habitualmente os doentes apresentam uma sintomatologia desproporcionada em relação ao seu estado geral e ao que seria de esperar se sofressem da doença cujos sintomas fazem sugerir.

Como abordar? O que perguntar? Exame Objectivo - quando e como?

A anamnese nesta fase deverá ter fornecido dados que apontam para a exclusão de uma etiologia orgânica. Torna-se necessária a avaliação da existência de possíveis agentes causadores de stress (predisponentes e/ou precipitantes) assim como dos possíveis factores protectores que serão alvo da nossa intervenção. É fundamental uma avaliação integrada das possíveis repercussões nos diferentes cenários de socialização do adolescente para fazer o diagnóstico diferencial. Podemos tomar como exemplo o caso de um adolescente que apresenta dores abdominais recorrentes sempre que vai para a escola, o que motiva regresso precoce a casa. Se o adolescente mantém contacto com os amigos, convivendo em outros cenários que não o escolar, provavelmente terá uma perturbação isolada no ambiente escolar. Se, no entanto, associa ao seu comportamento escolar um choro fácil, um isolamento ou, pelo contrário, um comportamento com passagem fácil ao acto, nos vários contextos da sua vida, provavelmente terá uma síndrome depressiva. A não exploração da repercussão a nível do grupo de pares e da família poderia impedir o diagnóstico desta última.

Como já foi atrás referido, a colaboração do próprio e dos pais na identificação de factores precipitantes/predisponentes nem sempre é conseguida, pois estes focam a sua atenção na exuberância dos sintomas, o que não deixa espaço para reflectir no que possa estar subjacente. Assim sendo, aconselha-se a realização de uma anamnese estruturada, abrangente, que inclua os diferentes aspectos bio-psico-sociais do adolescente, como por exemplo o modelo de entrevista HEEADSSSS. Este acrónimo adaptado da língua anglo-saxónica, sumariza alguns dos aspectos

tos da vida do adolescente que deveremos avaliar: ambiente familiar (**H**ome), desempenho escolar e planos futuros (**E**ducation), hábitos alimentares (**E**ating), actividades extra-escolares (**A**ctivities), consumos (álcool, tabaco e outras drogas - **D**rugs), afectividade e sexualidade (**S**exuality), risco de suicídio (**S**uicide), segurança (**S**ecurity) e alterações do sono (**S**leep).

A abordagem de muitos destes temas pressupõe o estabelecimento de uma relação de confiança, baseada na confidencialidade, para a qual é fundamental o tempo, a atenção e reconhecimento da existência e repercussão dos sintomas, e uma alta tolerância à frustração por parte do clínico. O tempo escasseia num SU obrigando muitas vezes a que a anamnese seja completada num segundo momento a nível do ambulatório. O reconhecimento dos sintomas por parte do clínico é um importantíssimo passo na conquista de uma relação terapêutica com o adolescente e a sua família. Estes percorreram já, na maioria das vezes, um conjunto de médicos que invariavelmente lhes quiseram fazer ver a não existência de razão de ser dos sintomas. Por último, o médico terá que estar preparado para um longo processo de acompanhamento daquele adolescente e para os sucessivos avanços e recuos no seu processo terapêutico, evitando deixar transparecer a sua frustração que lesará a sua relação com o doente.

É muito importante valorizar também nesta fase as preocupações do adolescente e familiares sobre a sua condição, aproveitando para desmistificar alguns dos preconceitos ou medos que possam existir.

A realização de um cuidadoso exame objectivo é fundamental pois permite na maioria dos casos excluir patologia orgânica. A sua oportunidade deverá ser avaliada, respeitando a individualidade e privacidade do adolescente. Na maioria dos casos, a interacção a par e passo com a família, uma vez salvaguardada a questão da confidencialidade, ajuda no reforço da confiança no médico e na diminuição da ansiedade do adolescente e seus familiares.

Um dos habituais erros praticados nesta fase relaciona-se com a necessidade do médico em demonstrar cabalmente aos pais e adolescente (e também a si próprio!) a não existência de alterações no exame objectivo sugestivas de causa orgânica. Assim, cai na tentação de repetir avaliações na expectativa de reforçar a sua segurança. Pelo contrário, esta atitude reforça os receios do adolescente e familiares que revêem na atitude repetitiva do médico as dúvidas e incertezas quanto ao seu diagnóstico.

Reunidos os dados da anamnese e do exame objectivo, o médico estará, na maioria dos casos, em condições de excluir patologia orgânica e de estabelecer o diagnóstico diferencial com patologia do foro psiquiátrico (depressão, ansiedade) ou situação simulada. Nas situações que suscitem dúvidas poderá recorrer aos exames complementares diagnósticos.

Quando estudar?

Que exames complementares de diagnóstico realizar?

A sua realização para o esclarecimento do quadro clínico e exclusão de patologia orgânica deverá ser considerada caso a

caso. Alguns estudos apontam para a necessidade de realização de uma avaliação sumária que inclui hemoleucograma, proteína C reactiva, tira teste urinária e bioquímica sumária¹. Um estudo mais alargado e preferencialmente dirigido à etiologia mais provável deverá ser considerado na presença de sinais ou sintomas de alerta como síncope ou dor torácica com exercício, dor com localização assimétrica, anemia, perda ponderal.

A possibilidade de reavaliação posterior, em ambulatório, facilita que se assumam uma atitude menos intervencionista na exclusão da etiologia orgânica numa primeira observação.

Como comunicar o diagnóstico?

A comunicação de um diagnóstico de PS ao adolescente e seus familiares poderá constituir um verdadeiro desafio. Não deverá haver pressão ou pressa em fazê-lo. A exclusão à partida de organicidade assim como a assumpção *ad inicio* da etiologia psicossomática é um dos erros frequentes a evitar. Apesar de todo o empenho e esforço do médico dispendido na avaliação clínica inicial é difícil para os pais e adolescentes aceitar que aquele que consideravam ser um problema complexo com repercussões pesadas nas suas vidas possa ser resolvido em 40 minutos (ou muito menos numa observação urgente!).

Uma possível abordagem é considerar essa hipótese diagnóstica desde o processo inicial da anamnese. Questionar o adolescente e familiares sobre os seus receios quanto à situação clínica e sobre as suas expectativas em relação à avaliação médica, poderá permitir detectar medos inconsistentes, facilmente refutáveis, assim como um espontâneo equacionar por parte destes de uma possível etiologia psicossomática. Ao mesmo tempo, ao permitir um papel activo de todos os intervenientes no processo de elaboração de hipóteses diagnósticas, o médico contribui para o cimentar da sua relação terapêutica com o doente.

Não é infrequente a existência de preconceitos quanto ao termo psicossomático. Por um lado a sua conotação com doenças psiquiátricas (“psico”), por outro a própria palavra sugere uma dualidade mente/corpo que não corresponde ao conceito holístico que defendemos. Cabe ao médico demonstrar que não há uma dicotomia entre sintomas reais e sintomas imaginados.

Como tratar?

A tentação de recorrer a terapêutica medicamentosa é grande pela sua facilidade e pelo facto de ir de encontro às expectativas do próprio adolescente e familiares. É necessário, no entanto, ter em conta o risco de reforço da organicidade que esta decisão pode conferir perpetuando o ciclo de medicalização instituído.

A intervenção farmacológica deverá ser ponderada caso a caso, devendo ser considerada quando existirem sintomas disruptivos e prolongados (duração superior a 3 meses), comorbilidade psiquiátrica (depressão, ansiedade) ou perturbação conversiva.

A Terapia Cognitivo-comportamental, enquanto abordagem clínica e empiricamente comprovada ⁵, revela eficácia na intervenção deste tipo de perturbações. Tem como objectivo enfraquecer a relação entre as situações problemáticas e as reacções a essas situações, identificando crenças disfuncionais e erros no modo como a informação é processada, mas também, encontrando o padrão de disfunção comportamental.

A análise funcional dos factores biológicos e ambientais envolvidos na etiologia, precipitação e manutenção desta perturbação constituem a base da avaliação cognitivo-comportamental. Esta análise tem objectivos claramente definidos: a formulação dos problemas a modificar e a obtenção de informação detalhada acerca dos seus factores precipitantes e de manutenção, com vista à elaboração do programa terapêutico. Segundo esta conceptualização, as emoções são operacionalmente definidas.

De acordo com o modelo dos três sistemas que a Terapia Cognitivo-comportamental tem por base teórica (fisiológico, cognitivo e comportamental ⁶), uma resposta de ansiedade excessiva mediante um factor precipitante, pode ser treinada e recriada em contexto clínico, de forma a pôr em prática as estratégias aprendidas para lidar com cada um dos sistemas.

Ao nível do sistema fisiológico são utilizados os procedimentos do treino de relaxamento muscular progressivo e as técnicas de respiração compassada, de forma a induzir um estado com predominância de baixos níveis de ansiedade e sensação de auto-controlo. Em relação ao sistema cognitivo são utilizados procedimentos de auto-monitorização dos pensamentos automáticos, transformados em pensamentos racionais através da técnica da seta descendente que possibilita dividir o pensamento em partes mais pequenas e analisar cada uma das partes.

A conjugação destes procedimentos permite respostas mais adequadas e o confronto comportamental surge como reforço positivo para o adolescente que consegue ultrapassar as situa-

ções com maior facilidade, não tendo de experimentar momentos de crise.

O objectivo de diminuir a exacerbação de sintomas e os níveis de ansiedade associados à situação, o treino e a aprendizagem de estratégias não se restringe unicamente ao espaço terapêutico, fazendo parte do tratamento o confronto com a prática das situações do quotidiano e a aprendizagem por generalização das experiências vivenciadas.

Referenciar - quem, quando e como?

Pela dificuldade e desafio que comporta o diagnóstico de uma PS, os casos deverão ser referenciados a uma Consulta de Adolescentes que disponha de apoio psicológico que permita efectuar a avaliação de comorbilidades, reforço positivo da evolução clínica e detecção precoce de novos sintomas impedindo a sua cristalização ou recorrência.

Referências

1. Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev* 2003; 24: 255-64.
2. Wolraich M, Felice MD, Drotar D. The Classification of Child and Adolescent Mental Diagnoses in Primary Care. In: *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care (DSM-PC) Child and Adolescent Version*. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics; 1996.
3. Fonseca, H. *Compreender os adolescentes – um desafio para pais e educadores*. 4ª edição. Editorial Presença. Lisboa 2005.
4. Rickert VI, Jay MS. Psychosomatic disorders: the approach. *Pediatr Rev* 1994; 15: 448-54.
5. Woody S R, Sanderson WC. Manuals for empirically supported treatments: 1998 update. *Clin Psychol* 1998; 51: 17-21.
6. Eifert GH, Wilson PH. The triple response approach to assessment. A conceptual and methodological reappraisal. *Behav Res Ther* 1991; 29: 283-92.