

## Controvérsias sobre a somatização

Controversies on somatization

CASSIANO LARA DE SOUZA COELHO<sup>1</sup>, LAZSLO ANTONIO ÁVILA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico psiquiatra pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp).

<sup>2</sup> Professor adjunto do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Famerp.

Recebido: 18/08/2006 – Aceito: 02/04/2007

---

### Resumo

**Contexto:** A somatização é frequentemente encontrada nos diversos serviços de saúde e apresenta controvérsias quanto a sua abordagem, diagnóstico e encaminhamentos para tratamento. **Objetivos:** Realizar uma revisão sistemática sobre o tema somatização, caracterizando como vem sendo discutido na literatura científica e empregado indiscriminadamente em diversos campos de atuação clínica. Pretendemos delimitar o conceito, demonstrando a necessidade de uma definição unívoca dessa classificação. **Métodos:** Uma revisão da literatura foi conduzida nos indexadores Medline e Lilacs, entre os anos 2001 e 2004, com os termos somatização, transtornos somatoformes e medicina psicossomática. Propusemos categorias de conteúdo, de acordo com o tema principal associado ao conceito de somatização, priorizando questões sobre classificação. **Resultados:** Encontramos contradições nas definições, usos e classificação da somatização. A maioria dos artigos do período (191) enfocava a somatização na psiquiatria, seguida por outras especialidades médicas (139), observando-se grande dispersão dos contextos e situações clínicas em que ela é empregada. **Conclusões:** Há premente necessidade de melhor entendimento dessa condição, muito frequente em diferentes áreas médicas, que gera altos custos para os sistemas de saúde. Mais estudos sobre classificação são necessários no sentido de solucionar controvérsias, simplificar o diagnóstico e melhorar o manejo da somatização por parte dos profissionais da saúde.

Coelho, C.L.S.; Ávila, L.A. / *Rev. Psiq. Clín* 34 (6); 278-284, 2007

**Palavras-chave:** Somatização, transtornos somatoformes, medicina psicossomática, classificação.

---

### Abstract

**Background:** Somatization is frequently found in different health services and it presents controversies in its approaches, diagnoses and referrals to treatment. **Objectives:** Making a systematic review on somatization, characterizing how it has been discussed in scientific literature and its indiscriminate use in several clinical settings. We intend to circumscribe the concept and to demonstrate the need of a univocal definition of this classification. **Methods:** A literature review was conducted in the Medline and Lilacs databases between the years 2001 and 2004 with the search terms somatization, somatoform disorders and psychosomatic medicine. We proposed a content classification according to the main theme, in association with the concept of somatization, emphasizing questions about classification. **Results:** We found contradictions in definitions, uses and classifications of somatization. Currently most papers on somatization are connected to psychiatry (191), followed by other medical specialties (139), detecting the spreading

out of the concept in many clinical occasions and settings. **Conclusions:** There is increasing need for a better understanding of this very prevalent condition in medical settings, causing high costs to health systems. More studies on classification are necessary in order to solve controversies, to simplify the diagnostic process and to improve the somatization approach by health professionals.

Coelho, C.L.S.; Ávila, L.A. / Rev. Psiq. Clín 34 (6); 278-284, 2007

**Key-words:** Somatization, somatoform disorders, psychosomatic medicine, classification.

## Introdução

O processo de reclassificação ou redefinição dos transtornos mentais e das formas de manifestações das doenças acompanha o desenvolvimento da medicina. Vários aspectos relacionados a essas manifestações ainda surgirão, porém algumas delas foram “descobertas” mais de uma vez e renomeadas. Esse é o caso da histeria, nome abandonado pelos atuais manuais de classificações de transtornos mentais (CID-10 e DSM-IV-TR). Informalmente conhecida como “piti” ou “peripaque” nos meios médico e psicológico, tem como principais novos nomes nos referidos manuais: transtornos somatoformes, conversivos e dissociativos. Outros novos nomes para determinados sintomas anteriormente classificados como histéricos, que não constam nos manuais diagnósticos, são “somatização” e mais recentemente “sintomas médicos inexplicáveis”.

Somatização, basicamente, é uma manifestação de conflitos e angústias psicológicos por meio de sintomas corporais. Lipowski (1988) propõe que a somatização “é uma tendência que o indivíduo tem de vivenciar e comunicar suas angústias de forma somática, isto é, através de sintomas físicos que não têm uma evidência patológica, os quais atribui a doenças orgânicas, levando-o a procurar ajuda médica”. Acredita que tal tendência geralmente se manifesta em resposta a estresses psicossociais como eventos de vida e situações conflituosas, mas esses pacientes geralmente não conseguem reconhecer que suas angústias têm relação com questões psicossociais e explicitamente negam essa possibilidade. O autor define o termo descritivamente, dizendo que não se trata de um transtorno psiquiátrico ou categoria diagnóstica, mas sim de um conceito geral que pode se apresentar por fenômenos clínicos variados, geralmente associados a transtornos ansiosos e depressivos e como característica principal dos transtornos somatoformes. Outros autores também não consideram a somatização uma doença específica, e sim um processo com espectro de manifestação (Katon e Walker, 1998; Kroenke *et al.*, 1994; Kroenke *et al.*, 1997). Portanto, os conceitos de somatização e transtorno somatoforme não coincidem, sendo o primeiro mais abrangente e amplo (Bombana *et al.*, 2002).

A presença de pacientes com sintomas sem uma base orgânica correspondente ocorre em todas as áreas da medicina e é reconhecida há muitos anos. Kroenke e Mangelsdorff (1989) não encontraram causas orgânicas em mais de 80% das consultas de atendimento primário agendadas para avaliação de sintomas comuns, como dor no peito, tontura ou cansaço.

Até 30% dos pacientes atendidos em serviços de atenção primária apresentam distúrbios psiquiátricos diagnosticáveis (ansiedade ou depressão na maior parte das vezes), e mais da metade manifesta queixas somáticas em vez de psicológicas (Bridges e Goldberg, 1985; Kessler *et al.*, 1985; Parker *et al.*, 1984).

Estudo de 1997 da Organização Mundial da Saúde detectou taxas de prevalência global para transtorno de somatização de 0,9% (variando de zero a 3,8% conforme o local pesquisado). Porém, ao expandir o conceito de transtorno de somatização (subsindrômico), foram detectadas taxas de 19,7% (de 7,6% a 36,8%) (Gureje *et al.*, 1997 *apud* Bombana *et al.*, 2002).

Estima-se que pacientes com transtorno de somatização geram custos médicos nove vezes maiores que o paciente médio (Smith *et al.*, 1986), podendo variar de seis a quatorze vezes (Figueira *et al.*, 1999). Nos Estados Unidos, estimativas giram em torno de 50% dos custos de ambulatórios médicos (Barsky e Klerman, 1983). Observamos, portanto, que a somatização é encontrada com frequência em serviços de atenção primária, gerando altos custos para o sistema de saúde (Capelo Martínez *et al.*, 1997; Barsky *et al.*, 2001).

A variação de prevalências e os custos associados demonstram a importância e a necessidade de uma melhor compreensão e reconhecimento dessa condição por parte dos profissionais de saúde, o que resultaria em benefícios para os pacientes e serviços.

O objetivo deste trabalho é realizar um estudo sistemático sobre a somatização, no sentido de entender melhor o que esse conceito significa e quais fenômenos engloba. Pretendemos demonstrar que esse assunto vem sendo amplamente discutido na literatura científica nos últimos anos sem, contudo, haver alcançado uma definição clara e unívoca. Esta revisão nos permitirá caracterizar a ambigüidade das classificações nas situações clínicas e a dispersão dos contextos médicos em que a somatização vem sendo estudada.

## Materiais e métodos

Realizamos uma revisão bibliográfica sistemática sobre a somatização e propusemos uma classificação por categorias de conteúdo de acordo com o tema principal em questão associado ao conceito de somatização. Por intermédio das bases de dados Medline e Lilacs, pesquisamos as palavras somatização, transtornos somatoformes e medicina psicossomática nos artigos publicados entre 2001 e 2004.

Um total de 775 resumos foram pesquisados. As categorias foram baseadas no vocabulário estruturado DeCS – Descritores em Ciências da Saúde (Bireme). Artigos abordando a delimitação do conceito e sua classificação foram pesquisados em seu texto integral.

## Resultados

Constatamos uma grande variedade de situações clínicas, contextos médicos e formas de descrição dessa condição na literatura, demonstrando as dificuldades de definição e classificação.

Essas dificuldades vêm sendo abordadas em vários artigos sobre classificação, envolvendo assuntos como controvérsias conceituais e diagnósticas, necessidade de revisões, além de novas propostas de classificações.

Em termos numéricos, encontramos um expressivo predomínio de artigos relacionados à psiquiatria (191 artigos). Dentro dessa categoria, o maior número de artigos é sobre o transtorno dismórfico corporal (44), seguido de depressão (29) e ansiedade (24), isoladas ou associadas. “Sintomas médicos inexplicáveis” é outra denominação muito encontrada (24) nos estudos daquele período. Outra condição médica bastante freqüente nos estudos é a “síndrome da fadiga crônica” (19).

A segunda categoria mais discutida na atualidade é outras especialidades médicas (139), distintas da psiquiatria. Neurologia (34) e gastroenterologia (28) predominam. Ginecologia (11), cardiologia (11), reumatologia (10), otorrinolaringologia (9) e dermatologia (9) também possuem um número significativo de trabalhos.

A terceira categoria mais freqüente é a terapêutica (55), que vem sendo utilizada na somatização, seguida de perto pelas categorias dor (53) e etiologia (mecanismo de formação) (51).

Outras categorias encontradas foram: fatores de risco (35), aplicações em saúde pública (35), crianças e adolescentes (32), epidemiologia (22), aspectos culturais (22), dualismo mente-corpo (20) e custos para o sistema de saúde (20).

## Discussão

Nesta revisão crítica detectamos vasta literatura internacional sobre o assunto e poucos artigos nacionais. A partir dos resultados encontrados pudemos observar que a

somatização é uma realidade presente em diversas áreas da medicina, mas recebe diferentes denominações, o que dificulta uma linguagem única, tornando problemáticos o diagnóstico e o tratamento da condição.

Verificando a distribuição dos artigos, notamos concentrações expressivas em algumas áreas que passamos a detalhar. Dentro da categoria psiquiatria, o maior número de artigos é sobre o transtorno dismórfico corporal. Essa categoria diagnóstica é assim denominada no DSM-IV-TR e encontra-se incluída na CID-10 como transtorno hipocondríaco. Vários assuntos são discutidos sobre esse transtorno, incluindo questões diagnósticas, comorbidades e tratamento. Questionam-se as similaridades com o transtorno obsessivo-compulsivo (Frare *et al.*, 2004), levantando possibilidades de ambos diagnósticos fazerem parte de um mesmo espectro, assim como o transtorno delirante (Phillips, 2004).

Discute-se a presença desse transtorno em populações que buscam cirurgias plásticas, estéticas e bariátricas, talvez reflexo de uma época em que se cultua preponderantemente a beleza corporal. Estudo da área da dermatologia (Wilson e Arpey, 2004) estima uma prevalência de 6% a 15% desse diagnóstico entre pacientes que realizam cirurgias estéticas dermatológicas. Os autores defendem a aplicação de questionários de avaliação como uma forma de auxiliar a detecção desse transtorno nessa população específica, dado que, quando as cirurgias são realizadas, muitos pacientes ficam insatisfeitos com os resultados, levando ao agravamento de seus quadros clínicos. Relatam ainda que o encaminhamento desses pacientes para acompanhamento psicológico e psiquiátrico é desejável, visto que o tratamento psicoterapêutico e o medicamentoso, com inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), têm obtido bons resultados. Outros estudos também confirmam a eficácia dessas opções de tratamento (Veale, 2004), sendo observadas significativas melhoras na qualidade de vida e no funcionamento psicossocial dos pacientes tratados com fluoxetina (Phillips e Rasmussen, 2004), apesar de que todos os ISRS parecem ser eficazes no tratamento dessa condição (Phillips *et al.*, 2001). Baseados em nossa prática clínica, ressaltamos que pacientes que buscam cirurgias bariátricas também deveriam receber avaliações rigorosas.

Depressão e ansiedade são discutidas em vários artigos, isoladas ou associadas. Observou-se que, na rede primária de atendimento, os sintomas somáticos (sintomas sem explicação médica), como dor lombar, sensações de peso no corpo, cansaço e, ainda, sentimentos de ansiedade, tensão, dificuldade para relaxar são manifestações importantes de transtornos depressivos (Barkow *et al.*, 2004), porém subdiagnosticadas (Ruiz-Doblado *et al.*, 2004), sugerindo que a depressão talvez apresente diversas faces nesse nível de atenção (Katon, 2004). Sabe-se também que a somatização em pacientes deprimidos ou ansiosos é um fator que prediz maior uso dos serviços de saúde e, portanto, custos mais

elevados (Fifer *et al.*, 2003). Especificamente sobre os transtornos de ansiedade, vários estudos têm observado uma relação freqüente entre o transtorno de estresse pós-traumático e sintomas somáticos, sugerindo que situações em que ocorrem riscos físicos ao indivíduo ou outras situações potencialmente estressantes, seguidas de negligência emocional, podem colaborar no surgimento de sintomas somáticos (Van Ommeren *et al.*, 2002; Nijenhuis *et al.*, 2004).

“Sintomas médicos inexplicáveis” talvez seja o nome da moda para somatização e o reflexo de uma multiplicação de diagnósticos realizados pelas classificações psiquiátricas atuais. Serviria como um diagnóstico de exclusão, pois pressupõe que nenhum médico conseguiria explicá-lo, o que não corresponde à realidade, já que a prática psiquiátrica é repleta de sintomas perfeitamente explicáveis devido ao sofrimento emocional. É bastante provável que esses estudos sejam essencialmente voltados para a somatização e abordem as mesmas questões levantadas por outras investigações. A medicina contemporânea é caracterizada por superespecializações e excessiva demanda, além da precariedade econômica e técnica de muitas instituições de saúde. Isso pode reforçar a histórica divisão mente e corpo, valorizando excessivamente o último e seus sintomas relacionados. Como consequência, observamos a dificuldade e o despreparo de muitos médicos para entender o paciente como um todo e acolhê-lo de uma maneira integral. Além disso, os pacientes aprenderam uma nova linguagem, a da somatização, como forma de comunicar suas angústias, o que vem a complicar ainda mais a relação médico-paciente, o diagnóstico e o tratamento. Essa questão comunicacional aparece em vários estudos analisados. Pacientes com somatização persistente na verdade não se comportam como esperado. O treinamento médico atual baseia-se na identificação e no tratamento de doenças orgânicas e não prepara suficientemente o médico para reconhecer e tratar pacientes que somatizam (Servan-Schreiber *et al.*, 2003; García-Campayo *et al.*, 2002). O conceito objetivo de saúde colide com o subjetivo do paciente. Espera-se que o paciente queixe-se de uma forma e em uma proporção razoável ao esperado para aquela patologia, relatando os sintomas físicos em termos orgânicos/do corpo e as angústias emocionais em termos psicológicos e aceitando as orientações. As equipes de saúde passam a usar termos como “peripaque”, pacientes “pitizentos”, “hipocondríacos”, “poliqueixosos”, “difíceis”, “chatos” (Bombana *et al.*, 2002), demonstrando a frustração em não conseguir resolver o problema por meio de técnicas objetivas (Martins, 1988). Muitas vezes os médicos podem chegar a dizer que não há nada errado e que está tudo “na cabeça” do paciente, podendo piorar o prognóstico caso não o encaminhe para tratamento especializado (Kolb *et al.*, 2003).

Esse conceito objetivo é uma herança médica e cultural da divisão mente/corpo originalmente proposta por Descartes, na qual somente doenças do corpo são

valorizadas, obrigando os enfermos a seguirem essa via preferencial, embora inadequada, para expressar sofrimentos psíquicos e morais (Broom, 2002; Ávila, 2002; Moreira, 1999). A adoção de um “rótulo” como fibromialgia, síndrome do intestino irritável ou qualquer outra doença orgânica legítima as queixas do paciente, evita o estigma de um transtorno psiquiátrico e confirma que o problema não é visto pelos outros como imaginário, isto é, permite que o paciente assuma o papel de doente (Page e Wessely, 2003). Outra questão é o que alguns autores chamam de “medicalização de problemas” (Katon e Walker, 1998), em que interesses comerciais da “complexa indústria médica” promovem uma ideologia que tenta aumentar a demanda por serviços e produtos médicos (Barsky e Borus, 1995 *apud* Biderman *et al.*, 2003).

Ainda dentro das recentes terminologias, “síndrome da fadiga crônica” parece representar um novo nome para uma condição prevista somente na CID-10 como “síndrome de fadiga”, incluída no diagnóstico neurastenia. Médicos de atendimento ambulatorial primário, diante de pacientes com fadiga crônica, realizam menos diagnósticos psiquiátricos (Torres-Harding *et al.*, 2002). A baixa incidência do transtorno de somatização em locais de atendimento psiquiátrico detectada nos estudos do Epidemiological Catchment Area (ECA) mostra que esses pacientes buscam explicações orgânicas para seus sintomas e muitas vezes recusam tratamentos psiquiátricos (Wise e Birket-Smith, 2002).

Dentro da categoria especialidades médicas, observa-se um predomínio de artigos referentes à neurologia. Vários deles abordam a diferenciação de quadros clínicos caracterizados por crises epiléticas isoladas de outros quadros em que há pseudocrises convulsivas ou, ainda, a união de ambas. Em todos os casos a somatização torna-se um indicador, podendo facilitar o diagnóstico diferencial das epilepsias (Phillips, 2004). Wilson e Arpey (2004) estudaram pacientes com sintomas neurológicos inexplicáveis, questionando a confiabilidade das informações colhidas na anamnese com os pacientes, o que pode ser impreciso, principalmente naqueles que somatizam. Sugerem que hipóteses diagnósticas levantadas previamente deveriam ser investigadas por intermédio de outras formas, em especial quando apresentassem antecedentes de vários diagnósticos médicos, no sentido de definir a conduta adequada. Informações colhidas com familiares poderiam ser muito úteis, dizem os autores. Ainda mais prático, em nossa opinião, seria um prontuário eletrônico disponível para todos os serviços de saúde. Diante da nova sintomatologia, por meio do prontuário o médico teria acesso aos antecedentes mórbidos, obtendo uma melhor visualização do histórico do paciente. Caso detectasse um passado de somatizações, conduziria o caso com mais confiança ou então encaminharia para atendimento especializado. Como consequência, poupar-se-iam investigações ou procedimentos desnecessários,

que pioram o prognóstico e são dispendiosos para o sistema de saúde.

A gastroenterologia há muitos anos estuda distúrbios digestivos sob uma perspectiva psicossomática, demonstrando que em situações de sobrecarga emocional pode haver alterações do sistema neuroendócrino, produzindo ou modificando sintomas físicos. A dispepsia funcional é uma condição heterogênea que tem sido associada a mecanismos psicopatológicos (Fischler *et al.*, 2003). Pacientes com a síndrome do intestino irritável apresentam cerca de 20% a 60% de comorbidades psiquiátricas, sendo mais comuns transtornos depressivos, ansiosos e somatoformes. Nesses casos intervenções psiquiátricas são eficazes em reduzir os sintomas e melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Folks, 2004).

Em relação à categoria terapêutica, o estudo de medicações tem avançado. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) têm se mostrado eficazes, principalmente na hipocondria e no transtorno dismórfico corporal (Fallon, 2004), conforme comentado anteriormente. Antidepressivos tricíclicos e/ou psicoterapias têm sido apontados como os tratamentos mais promissores das síndromes funcionais somáticas dolorosas (Lempa *et al.*, 2004). Dentre as psicoterapias, estudos sobre abordagens cognitivo-comportamentais têm comprovado sua eficácia no tratamento dos transtornos somatoformes, diminuindo as queixas dos pacientes, bem como reduzindo os custos na área de saúde (Hiller *et al.*, 2004). Psicoterapias psicodinâmicas também têm obtido bons resultados em tempos de acompanhamento maiores, refletindo aspectos próprios da técnica (Rudolf *et al.*, 2004; Ávila, 2004).

Na categoria dor, observamos que a dor crônica tem sido objeto de vários estudos, pois entre as queixas típicas de somatização é o sintoma mais comum, geralmente dores nas costas, abdômen, peito, cabeça, pelve, persistentes por vários anos. Outros sintomas são fadiga, tontura, fôlego curto e palpitações (Rief *et al.*, 2001). Porém, como se tratam de sintomas subjetivos e diversificados, problemas de classificação são muito frequentes (Henningsen, 2004). Como reflexo, a literatura sobre dor demonstra uma enorme variação nos resultados, principalmente devido a problemas metodológicos (Ciamarell *et al.*, 2004).

Sobre a etiologia da somatização, fatores genéticos vêm sendo investigados. Torgersen (2002) afirma, porém, que ainda estamos nos primórdios de entender a relação entre genética e meio ambiente no desenvolvimento dos transtornos somatoformes. Taxas menores de metabolismo cerebral de glicose no núcleo caudado, putâmen esquerdo e giro pré-central direito de mulheres que somatizam têm sido demonstradas, apontando que essa relação provavelmente esteja associada com a fisiopatologia da somatização (Hakala *et al.*, 2002).

Pudemos observar, portanto, que estudos sobre somatização encontram-se dispersos nas diversas áreas da medicina e que sua classificação ainda merece revisões

no sentido de uma definição unívoca, como os artigos do período demonstram.

Clarke e colaboradores (2003) questionaram as classificações psiquiátricas contemporâneas, dizendo que elas não têm se mostrado úteis no entendimento e tratamento de pessoas com doenças físicas e que síndromes caracterizadas por angústia são comuns, porém as classificações falham relevantemente na diferenciação dessas síndromes. Sugerem, ainda, uma nova taxonomia englobando conceitos como desmoralização, aflição e anedonia, para melhor classificar síndromes envolvendo angústia em pacientes com doenças médicas. Dickinson e colaboradores (2003) sugeriram um novo diagnóstico: transtorno somatoforme múltiplo (*multisomatiform disorder*), que seria baseado em sintomas sem explicação médica no momento presente, diferente de sintomas manifestados ao longo da vida, o que caracterizaria o transtorno de somatização. Esse diagnóstico englobaria um maior número de pacientes somatizadores, facilitando a identificação de intervenções para alívio de prejuízos no funcionamento físico e redução da utilização de serviços.

Transtornos somatoformes podem ter várias dimensões, e uma divisão em mono ou multissintomáticos eliminaria alguns diagnósticos ao criar subtipos, como no transtorno somatoforme monossintomático quando a dor for queixa primária (Wise e Birket-Smith, 2002).

A validade diagnóstica do transtorno doloroso somatoforme tem sido questionada devido à significativa coincidência nos critérios diagnósticos e sintomatologia com o transtorno conversivo (Birket-Smith e Mortensen, 2002).

A necessidade de mudanças na conceitualização e nosologias dos transtornos somatoformes, principalmente no que diz respeito à formulação das apresentações clínicas e de critérios diagnósticos apropriados de acordo com a idade, tem sido sugerida (Wijeratne *et al.*, 2003).

Florenzano Urzúa e colaboradores (2002) contrastam essa condição com dados clínicos e epidemiológicos e propõem a revisão das classificações sobre esse transtorno. Assinalam a comorbidade com quadros depressivos, ansiosos e transtornos médicos crônicos, além da associação com trauma infantil, maus-tratos e abuso sexual, antecedentes frequentes em pacientes limítrofes e somatizadores.

Estudo sobre o desenvolvimento histórico e a conceitualização diagnóstica moderna dos transtornos somatoformes afirma que o conceito de somatização promove um melhor entendimento de pacientes com sintomas corporais sem explicação médica e que problemas diagnósticos e terapêuticos são frequentes nesse grupo de pacientes (Kapfhammer, 2001).

Wise e Birket-Smith (2002) questionaram os grupos de trabalho do DSM-IV-TR com relação ao processo de categorização e ao conteúdo da seção dos transtornos somatoformes, sugerindo revisões. Consideram este

um necessário desafio taxonômico em busca de maior validade para os diagnósticos. Questionam a ausência de especialistas internacionais nos grupos de trabalho do DSM e propõem que a somatização, por apresentar várias dimensões, seja incorporada nos transtornos do eixo II.

A dispersão da somatização nas especialidades médicas dificulta seu diagnóstico, abordagem e ensino. Propomos que sua classificação seja simplificada. Entendemos que a somatização pode ser uma manifestação natural de angústia, pode vir associada a outros quadros clínicos como depressão, epilepsia, dor transitória ou persistente e, por fim, como problema principal do indivíduo, sendo então classificada como transtorno somatoforme.

## Conclusões

A somatização é muito comum nos serviços de atendimento primário, gera altos custos para os sistemas de saúde e cria dificuldades diagnósticas e terapêuticas, além de frustrações para os profissionais. Pacientes também se frustram e acabam não recebendo o tratamento adequado e seus quadros. Prontuários eletrônicos poupariam custos e exames desnecessários.

Acreditamos que são necessários mais estudos sobre classificação da somatização no sentido de simplificar o diagnóstico e facilitar o manejo dessa condição.

Para o desenvolvimento das nosografias, estudos dirigidos devem comparar os diferentes enfoques, unificando os pontos que possam universalizar os conhecimentos adquiridos e dessa forma dotar os profissionais de pesquisa e de atuação clínica das ferramentas necessárias para intervenções mais integradas, pertinentes, resolutivas e, portanto, éticas.

## Referências

Ávila, L.A. - Doenças do corpo e doenças da alma: investigação psicossomática psicanalítica. 3. ed. Escuta, São Paulo, 2002.

Ávila, L.A. - O eu e o corpo. Escuta, São Paulo, 2004.

Barkow, K.; Heun, R.; Ustün, T.B.; Berger, M.; Bermejo, I.; Gaebel, W. *et al.* - Identification of somatic and anxiety symptoms which contribute to the detection of depression in primary health care. *Eur Psychiatry* 19: 250-257, 2004.

Barsky, A.J.; Borus, J.F. - Somatization and medicalization in the era of managed care. *J Am Med Assoc* 274: 1931-1934, 1995.

Barsky, A.J.; Ettner, S.L.; Horsky, J.; Bates, D.W. - Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care* 39: 705-715, 2001.

Barsky, A.J.; Klerman, G.L. - Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 140: 273-283, 1983.

Biderman, A.; Yeheskel, A.; Herman, J. - Somatic fixation: the harm of healing. *Soc Sci Med* 56: 1135-1138, 2003.

Birket-Smith, M.; Mortensen, E. L. - Pain in somatoform disorders: is somatoform pain disorder a valid diagnosis? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106(2): 103-108, 2002.

Bombana, J.A.; Leite, A.L.S.S.; Miranda, C.T. - Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Rev Bras Psiquiatr* 22: 180-184, 2002.

Bridges, R.N.; Goldberg, D.P. - Somatic presentation of DSM-III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 29: 563-569, 1985.

Broom, B. - Somatic Metaphor: a clinical phenomenon pointing to a new model of disease, personhood, and physical reality. *Adv Mind Body Med* 18: 16-29, 2002.

Capelo Martínez, D.M.; Illescas Rico, R.; Forment Hernández, J.A.; Jiménez, J.L. - Costo de los síntomas somatoformes. *Rev Méd IMSS* 35: 31-36, 1997.

Ciamarella, A.; Grosso, S.; Poli, P.; Gioia, A.; Inghirami, S.; Massimetti, G.; *et al.* - When pain is not fully explained by organic lesion: a psychiatric perspective on chronic pain patients. *Eur J Pain* 8:13-22, 2004.

Clarke, D.M.; Smith, G.C.; Dowe, D.L.; Mckenzie, D.P. - An empirically derived taxonomy of common distress syndromes in the medically ill. *J Psychosom Res* 54: 323-330, 2003.

Dickinson, W.P.; Dickinson, L.M.; De Gruy, F.V.; Candib, L.M.; Main, D.S.; Libby, A.M. *et al.* - The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. *General Hospital Psychiatry* 25(1): 1-7, 2003.

Fallon, B.A. - Pharmacotherapy of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 56: 455-460, 2004.

Fifer, S.K.; Buesching, D.P.; Henke, C.J.; Potter, L.P.; Mathias, S.D.; Schonfeld, W.H. *et al.* - Functional status and somatization as predictors of medical offset in anxious and depressed patients. *Value Health* 6: 40-50, 2003.

Figueira, I.; Nardi, A.E.; Versiani, M. - Diagnóstico e tratamento dos transtornos somatoformes. *J Bras Psiquiatr* 48: 35-42, 1999.

Fischler, B.; Tack, J.; De Gucht, V.; Shkedy, Z.I.; Persoons, P.; Broekaert, D. *et al.* - Heterogeneity of symptom pattern, psychosocial factors, and pathophysiological mechanisms in severe functional dyspepsia. *Gastroenterology* 124: 903-910, 2003.

Florenzano Urzúa, R.; Fullerton, U.C.; Acuña, J.; Escalona, C.R. - Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos / Somatization: theoretical, epidemiological and clinical aspects. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 40(1): 47-55, 2002.

Folks, D.G. - The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 6: 210-215, 2004.

Frare, F.; Perugi, G.; Ruffolo, G.; Toni, C. - Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: a comparison of clinical features. *Eur Psychiatry* 19: 292-298, 2004.

García-Campayo, J.; Claraco, L.M.; Sanz-Carrillo, C.; Arévalo, E.; Monton, C. - Assessment of a pilot course on the management of somatization disorder for family doctors. *Gen Hosp Psychiatry* 24: 101-105, 2002.

Gureje, O.; Simon, G.E.; Ustun, T.B.; Goldberg, D.P. - Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 154: 989-995, 1997.

Hakala, M.; Karlsson, H.; Ruotsalainen, U.; Koponen, S.; Bergman, J.; Stenman, H. *et al.* - Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. *Psychol Med* 32: 1379-1385, 2002.

Henningsen, P. - The psychosomatics of chronic back pain. Classification, aetiology and therapy. *Orthopade* 33: 558-567, 2004.

Hiller, W.; Kroymann, R.; Leibbrand, R.; Cebulla, M.; Korn, H.J.; Rief, W. *et al.* - Effects and cost-effectiveness analysis of inpatient treatment of somatoform disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 72: 136-146, 2004.

Kapfhammer, H.P. - Somatoform disorders. Historical development and modern diagnostic conceptualization. *Nervenarzt* 72(7): 487-500, 2001.

Katon, W.J. - The many faces of depression in primary care. *J Gen Intern Med* 19: 893-895, 2004.

Katon, W.J.; Walker, E.A. - Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 59; (Suppl. 20): 15-21, 1998.

Kessler, L.G.; Cleary, P.D.; Burke, J.D. - Psychiatric disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 42: 583-587, 1985.

Kolb, N.R.; Servan-Schreiber, D.; Tabas, G. - Somatização. *NeuroPsicoNews* 53: 6-9, 2003.

Kroenke, K.; Mangelsdorff, A.D. - Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 86: 262-266, 1989.

Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Degruy, F.V.; Hahn, S.R.; Linzer, M.; Williams, J.B. *et al.* - Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 54: 352-358, 1997.

Kroenke, K.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B.; Linzer, M.; Hahn, S.R.; Degruy, F.V. *et al.* - Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 9: 774-779, 1994.

Lempa, M.; Grottemeyer, K.H.; Häuser, W.; Moormann, O.; Wesselmann, U.; Derra, C. - Dysfunctional syndromes: their diagnostics and treatment. *Schmerz* 18: 141-144, 2004.

- Lipowski, Z.J. - Somatization: The concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145: 1358-1368, 1988.
- Martins, M.A. O clínico e o peripaque/The internist and the peripaque (hysteria). In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna, 1., 1988, Astúrias. Anais Astúrias, 1988. p. 18-20.
- Moreira, M.S. - Psiconeuroimunologia: a superação do dualismo cartesiano/ Psychoneuroimmunology: outdoing the cartesian dualism. *Inf psiquiatr* 18: 90-95, 1999.
- Nijenhuis, E.R.; Van Der Hart, O.; Kruger, K.; Steele, K. - Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Aust N Z J Psychiatry* 38: 678-686, 2004.
- Page, L.A.; Wessely, S. - Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 96: 223-227, 2003.
- Parker, G.; Abeshouse, B.; Morey, B. *et al.* - Depression in general practice. *Med J Aust* 141: 154-158, 1984.
- Phillips, K.A. - Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res* 38: 63-72, 2004.
- Phillips, K.A.; Albertini, R.S.; Siniscalchi, J.M.; Khan, A.; Robinson, M. - Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry* 62: 721-727, 2001.
- Phillips, K.A.; Rasmussen, S.A. - Change in psychosocial functioning and quality of life of patients with body dysmorphic disorder treated with fluoxetine: a placebo-controlled study. *Psychosomatics* 45: 438-444, 2004.
- Rief, W.; Hessel, A.; Braehier, E. - Somatization symptoms and hypochondriacal features in general population. *Psychosom Med* 63: 595-602, 2001.
- Rudolf, G.; Jakobsen, T.; Micka, R.; Schumann, E. - Results of psychodynamic inpatient psychotherapy in relation to diagnosis. *Z Psychosom Med Psychother* 50: 37-52, 2004.
- Ruiz-Doblado, S.; Estepa-Zabala, B.; Fernández-Abascal, B. - Subclinical depression in primary care and somatic symptoms. *Eur Psychiatry* 19: 120-121, 2004.
- Servan-Schreiber, D.; Kolb, N.R.; Tabas, G. - Somatização. *NeuroPsicoNews* 53: 3-6, 2003.
- Smith, G.R.; Monson, R.A.; Ray, D.C. - Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 146: 69-72, 1986.
- Torgersen, S. - Genetikk og somatoforme forstyrrelser/Genetics and somatoform disorders. *Tidsskr Nor Laegeforen* 122: 1385-1388, 2002.
- Torres-Harding, S.R.; Jason, L.A.; Cane, V.; Carrico, A.; Taylor, R.R. - Physicians' diagnoses of psychiatric disorders for people with chronic fatigue syndrome. *Int J Psychiatry Med* 32: 109-124, 2002.
- Van Ommeren, M.; Sharma, B.; Sharma, G.K.; Komproe, I.; Cardeña, E.; De Jong, J.T. - The relationship between somatic and PTSD symptoms among Bhutanese refugee torture survivors: examination of comorbidity with anxiety and depression. *J Trauma Stress* 15: 415-421, 2002.
- Veale, D. - Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J* 80: 67-71, 2004.
- Wahlström, L. - Somatization – more a description than an explanation. *Lakartidningen* 99: 948, 2002.
- Wijeratne, C.; Brodaty, H.; Hickie, I. - The neglect of somatoform disorders by old age psychiatry: some explanations and suggestions for future research. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18(9): 812-819, 2003.
- Wilson, J.B.; Arpey, C.J. - Body dysmorphic disorder: suggestions for detection and treatment in a surgical dermatology practice. *Dermatol Surg* 30: 1391-1399, 2004.
- Wise, T.N.; Birket-Smith, M. - The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics* 43: 437-440, 2002.