

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Tânia Regina Alves da Silva

DOENÇA PSICOSSOMÁTICA RELACIONADA AO STRESS:

ampliando a compreensão do cuidado

PORTO ALEGRE

2008

Tânia Regina Alves da Silva

DOENÇA PSICOSSOMÁTICA RELACIONADA AO STRESS:

ampliando a compreensão do cuidado

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Adriana Fertig

Porto Alegre

2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço a ajuda da equipe administrativa da Escola de Enfermagem da UFRGS, biblioteca, Setor de Informática, e afins; aos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos do GHC – Grupo Hospitalar Conceição e HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela prestimosa paciência e carinho que me acolheram, pela amizade e dedicação da Prof^a Orientadora Adriana Fertig, que não poupou esforços para me tornar capaz de perceber a importância de que um trabalho de conclusão de curso não é um fim, mas sim o início de uma nova jornada, e, por fim, pela parceria e amizade de minha família, principalmente de meu filho Fernando e amigos que me proporcionaram que essa jornada, apesar de trabalhosa, fosse descontraída.

MUITO OBRIGADA!!

De tudo ficaram três coisas:

A certeza de estarmos começando,

A certeza de que é preciso continuar,

E a certeza de que podemos ser...

Interrompidos antes de terminar.

Fazer da Interrupção um novo caminho,

Fazer da queda um passo de dança,

Do medo, uma escada,

Do sonho, uma ponte,

Da procura, um encontro.

Fernando Sabino

RESUMO

Este é um estudo descritivo e exploratório, que tem como tema a doença psicossomática como fator de adaptação ao *stress*, objetivou, por meio de uma pesquisa bibliográfica, buscar um entendimento, afim de ampliar a qualidade do cuidado humano aos portadores de doenças de ordem psíquicas causadas por sobrecarga emocional. O resultado desta busca, em material atualizado, em pesquisas científicas, publicações em revistas e bibliografias diversas, colocou a disposição informações importantes sobre as doenças psicossomáticas mais freqüentes relacionadas ao *stress*, os binômios mente-corpo e saúde-doença, os conceitos de psicossomática ao longo do tempo, a definição ampla de *stress*, assim como foi sugerido, um exemplo de modelo pré-existente de atendimento a esse tipo de cliente. Os diversos enfoques do assunto foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo proposta por Gil (2002), como a leitura do material de forma exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.

Descritores: Psicossomática, mente, corpo, eutress, e distress.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 07 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 09 |
| 2.1 REVISÃO HISTÓRICA DAS DICOTOMIAS: MENTE-CORPO, SAÚDE-DOENÇA..... | 09 |
| 2.2 INTRODUZINDO A PSICOSSOMÁTICA: CONCEITOS..... | 12 |
| 2.3 DEFININDO O STRESS..... | 16 |
| 2.3.1 Efeitos Psíquicos do Stress | 16 |
| 2.3.2 Efeitos Bioquímicos no Cérebro: Estresse Crônico | 21 |
| 2.4 RELEVÂNCIA PARA A ENFERMAGEM | 26 |
| 2.5 SUGESTÃO PARA CONTINUIDADE DE ESTUDO..... | 28 |
| 2.5.1 Exemplo de um Modelo de Atendimento | 30 |
| 3 METODOLOGIA | 33 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO..... | 33 |
| 3.2 CAMPO DE ESTUDO..... | 33 |
| 3.3 FONTE DE DADOS..... | 33 |
| 3.4 COLETA DE DADOS..... | 34 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS..... | 35 |
| 3.6 ASPECTOS ÉTICOS..... | 35 |
| 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 36 |
| REFERÊNCIAS | 39 |

1 INTRODUÇÃO

Somos criados numa sociedade que acredita e considera somente aquilo que se vê. Todavia, surge cada vez mais a necessidade de compreender e aceitar aquilo que, mesmo não sendo fisicamente visível, possa materializar-se em doenças, as chamadas doenças psicossomáticas.

A sociedade atual atuando num ritmo desenfreado de competição e desordem, cada vez mais, tendendo a uniformização tem tornado o indivíduo biopsicossocial, que somos socialmente desindividualizado, psicologicamente frustrado e, conseqüentemente, biologicamente enfermo. Assim como a desindividualização, o resultado de um esforço exagerado que leva ao adoecimento. Os quadros de somatização por “stress” são muito freqüentes nos serviços de saúde, sendo responsáveis por grande número de consultas médicas e gerando importantes gastos.

A partir da década de 90, as doenças psicossomáticas têm conquistado amplo espaço na área médica, adquirindo importante papel na busca da cura de diversas patologias ao redor do mundo. A contribuição da abordagem da medicina psicossomática, que possui um entendimento abrangente do fenômeno do processo saúde e doença, considerando o ser humano integral, na dimensão biopsicossocial, e buscando complemento para sua prática na atividade interdisciplinar. Apesar das dimensões dessa questão, e da necessidade de multidisciplinaridade para tratá-la, ainda temos poucos locais em nosso meio desenvolvidos para cuidar especificamente dessa população.

Em virtude da importância dessa área, vim reunir algumas informações através de levantamentos bibliográficos e análise de exemplos que estimulem a comparação (SELLTIZ et al., 1967 p. 63). Dentro desse contexto, obtive achados a respeito de quais as doenças psicossomáticas mais freqüentes relacionadas ao stress. Nesse contexto surgiu a necessidade de buscar um entendimento complementar e mais profundo sobre os binômios mente-corpo e saúde-doença, a abordagem psicossomática, a teoria do “stress”, dos últimos vinte anos, assim como foi apresentado, em especulação, um exemplo de modelo prático pré-existente de atendimento a esse tipo de cliente.

O maior desafio deste trabalho constituiu-se em proporcionar uma busca tanto pessoal quanto profissional de se fazer integrar esses conhecimentos a fim de pensar em diferentes possibilidades de ampliação do cuidado que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos portadores de doenças de ordem psíquicas causadas por “stress”, levando em conta, que nas diferentes situações da vida, a doença física possa ter um impacto considerável no equilíbrio homeostático do indivíduo, despertando diferentes reações e processos adaptativos. A questão pessoal que me fez buscar essa temática foi por ela dar margem a hesitação e perplexidade, por ser de difícil entendimento e algumas vezes de difícil resolução, e por ter vivenciado em minha vida profissional, em ambiente hospitalar, casos desse tipo de complexidade que me causaram uma certa parcela de angústia.

Para um entendimento mais aprofundado de como o “stress” pode influenciar nas doenças físicas, alguns conceitos precisaram ser aprofundados. Tais conceitos serviram também como um dos alicerces para o entendimento da abordagem psicossomática, que tem como cerne a interação entre o biológico, o psíquico e o social, e que, por sua vez, pode contribuir para um entendimento complementar do cuidado humano.

O objetivo deste estudo foi realizar uma pesquisa bibliográfica sobre quais as doenças psicossomáticas mais freqüentes relacionadas ao “stress”. Foi levantada a hipótese, onde as variáveis relacionadas são o “stress” e a doença psicossomática baseada em estudos teóricos anteriores que buscou este trabalho a relacionar, tendo em vista que, se verificou ao longo da pesquisa, a carência de estudos e reflexões, bem como a escassez de materiais científicos suficientemente esclarecedores sobre a temática, na área da Enfermagem. Possibilitou, então, dar subsídios teóricos, com base na descrição e análise a fim de ampliar a sensibilidade dos profissionais e acadêmicos no cuidado humano, para garantir uma assistência especializada e um cuidado autêntico, individualizado, multiprofissional e eficiente a essa parcela da população.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 REVISÃO HISTÓRICA DAS DICOTOMIAS: MENTE-CORPO, SAÚDE-DOENÇA

Tanto o conceito de saúde e doença quanto à discussão da relação mente e corpo têm sido objeto de interesse ao longo da história. Tudo teve início com a superstição, e a magia numa forma mesclada de curar e a figura do médico e sacerdote encontravam-se neste amálgama, como atesta o homem (médico) com a máscara de cervo encontrada na caverna de *Trois Frères*, datada de cerca de 16000 anos, tida como a mais antiga representação do homem curador de enfermidades Calder (1970). Segundo Ramos (1994), o xamã era o mediador entre as forças cósmicas e o doente. Outras civilizações antigas, como a assírio-babilônica, consideravam doenças como coisas do demônio, como era o caso das doenças oculares, atribuídas ao vento Demônio do Sudoeste.

Na mitologia grega várias existiam algumas divindades estão vinculadas à saúde, como: Apolo, Esculápio, Higéia e Panacéia. Ainda na Grécia, em um período posterior, Hipócrates, Platão e Aristóteles já consideravam a unidade indivisível do ser humano. Aristóteles postulava que todo o organismo é a síntese de dois princípios: matéria e forma, enquanto Platão descrevia a alma como preexistente ao corpo e a ele sobrevivente. Na *Ilíada* de Homero foi descrita de como a visão popular de doença atribuía as enfermidades aos deuses, no caso da peste que affligiu os gregos. Como se pode observar, na antiguidade o processo de adoecimento era considerado uma manifestação de forças sobrenaturais, sendo a cura procurada em rituais religiosos. A desvinculação da doença do pensamento religioso desenvolveu-se a partir de confrontações públicas de idéias e do posicionamento de escolas políticas, filosóficas, científicas e até mesmo religiosas (BELAR, 1997; BOTEGA, 2002; DAVIDOFF, 2001; KAPLAN, S. e G., 1997; RIBEIRO, 1996; TOMAZELLI, 1998; VOLLICH, 2000).

Hipócrates da Faculdade de Cós (460 a.C.), que deu à medicina o espírito científico, em uma tentativa de explicar os estados de enfermidade e saúde, postulou a existência de quatro fluidos humorais principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue; desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio destes elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e a doença como uma

forma de desorganização deste estado. Ainda acrescenta que a partir destes conceitos Hipócrates afirmava que os asmáticos deviam se resguardar da raiva. Ressalta ainda que, no período helênico, Demócrito via o corpo como uma *tenda*, habitação natural da alma, tida como a causa da vida e da sensação. A teoria democritiana preconizava que os átomos da alma insinuavam-se pelos poros, explicando, deste modo, as sensações. Cláudio Galeno (129-199) revisitou a teoria humoral (líquidos do corpo) e ressaltou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio (VOLICH, 2000). O conceito de Galeno a respeito de saúde e doença prevaleceu por vários séculos, até que o suíço Paracelsus (1493-1541), afirmou que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Ele propôs a cura pelos semelhantes, baseada no princípio de que, se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos, e passou então a administrar aos doentes pequenas doses de minerais e metais.

Fava (2000), na Idade Média, coloca que a doença era atribuída ao pecado, sendo o corpo o *locus* dos defeitos e pecados, e a alma, o dos valores supremos, como espiritualidade e racionalidade. Ramos (1994), cita como exemplo desta concepção, a visão bíblica do caso de Miriam, irmã de Moisés, que é castigada com uma doença de pele e curada após um período de sacrifício e arrependimento. Ainda no período medieval, Santo Agostinho referia que o homem era constituído por substâncias racionais, resultantes de alma e corpo, ambos criados por Deus. Santo Tomás de Aquino, um dos representantes desse período, escreveu sobre a unidade do composto humano.

Ao avaliar o período da modernidade nota-se um interesse crescente pelas ciências naturais. Descartes (1637/2000), imerso neste contexto, postulou a separação total da mente e corpo, sendo o estudo da mente atribuído à religião e à filosofia, e o estudo do corpo, visto então como uma máquina, era objeto de estudo da medicina. O neuroanatomista português Damásio (2004) encontra na obra *Ética*, do filósofo Espinosa, outra perspectiva para o dualismo herdado de Descartes, quando afirma que o pensamento e a extensão, embora distinguíveis, são produtos

da mesma substância, Deus ou natureza. Esta referência de uma única substância serve ao propósito de apresentar a mente como inseparável do corpo.

Esta postura dualista teve grande influência no pensamento médico, sendo reforçada no século XIX com o avanço representado pelas descobertas de Pasteur e Virchow e a visão de uma etiologia de causa específica de doença reforçando esta tendência ao reducionismo. No fim do século 19, Pierre Janet (NEMIAH, 2000), através do caso de Marie, levantou a hipótese psicodinâmica para um processo psicossomático. Janet acreditava que a dissociação era o resultado de uma deficiência na energia psicológica "la misère psychologique". A partir do início do século XX, com o desenvolvimento da teoria psicanalítica, Freud, através do conceito de determinismo psíquico, resgata a importância dos aspectos internos do homem. Observa-se que desde seu início a psicanálise partiu do corpo, com os estudos de Freud sobre a histeria e sua atenção às conversões (CATALDO, 1991). Como afirmou Freud (1923/1976), o ego é, primitivamente e antes de tudo, um ego corporal.

Em 1917, Groddeck, psicanalista renomeado, inicia o período analítico de sua obra escrita, com a aprovação de Freud, embora afirme sua independência de espírito. Esse autor publica "*Determinação psíquica e tratamento psicanalítico das afecções orgânicas*", sendo este considerado um marco da medicina psicossomática. Nesta obra propõe que o mecanismo psicológico da conversão histérica poderia ser generalizado para outras doenças somáticas, como uma expressão simbólica de desejos inconscientes manifestados no corpo do paciente (HAYNAL, 1993). Groddeck considerava que toda doença tem uma razão de acontecer e não é fruto do acaso; que é uma solução inadequada para os conflitos que pontuam cada ser humano. A saúde seria responsabilidade de cada um e ao médico competiria, não curar, mas tratá-la, criando condições adequadas de saúde, em colaboração com o paciente. (ÉPINEY, 1988).

Atualmente, a visão psicossomática já conquistou um espaço importante entre as práticas médicas (PERESTRELO, 1974), tendo como prova disso a atual definição de saúde da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS, 1993): "*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença*". Apesar de ser alvo de críticas, esse conceito consegue ser mais

próximo de uma visão de homem integral, pois considera as influências biopsicossociais.

2.2 INTRODUZINDO A PSICOSSOMÁTICA: CONCEITOS

Um retorno à postura holística é observado quando passamos a avaliar o termo psicossomático, que atualmente é compreendido como a forma inseparada e interdependente dos aspectos psicológicos e biológicos (RAMOS, 1994). Classicamente, psicossomático é definido como todo distúrbio somático (corporal) que comporta em seu determinismo um fator psicológico interveniente, não de modo contingente, como pode ocorrer com qualquer afecção, mas por uma contribuição essencial à gênese da doença (JEAMMET, 1989).

O conceito atual da expressão “psicossomática”, de acordo com (LIPOWSKI, 1984), visa à integralidade do homem, ou seja, sua totalidade num complexo mente-corpo em interação com o seu complexo meio social. O termo “psicossomática” foi utilizado pela primeira vez por um psiquiatra alemão chamado Heinroth, em 1808, quando realizou seus estudos sobre insônia; mais tarde, em 1823, por ele foi introduzido o termo “somato-psíquico” para abordar a influência dos fatores orgânicos que afetam os emocionais. Já o termo medicina psicossomática foi apresentado por Felix Deutsch, em 1922 e desenvolvido de forma mais consistente por Helen Dunbar, em seu livro "*Mudanças emocionais e biológicas: uma pesquisa da literatura sobre inter-relações psicossomáticas: 1919-1933*". Essa última autora já apontava em seus trabalhos que o termo “psicossomática” não seria adequado por não conseguir compreender a unidade mente e corpo, porém tal expressão acabou sendo consagrada cientificamente por falta de outra melhor e, conseqüentemente, caiu em domínio público (RAMOS, 1994).

O conceito de somatização foi proposto por Steckel, em 1921, vinculado às teorias psicodinâmicas (HINSIE, 1960). O conceito atual de psicossomática, de acordo com (LIPOWSKI, 1984) tem a intenção de abarcar uma visão de integralidade do homem, ou seja, sua totalidade, um complexo mente-corpo em interação com um contexto social. Aborda a inseparabilidade e a interdependência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade. Esse termo atualmente tem

variadas conotações, dependendo em que contexto é usado. Pode ser definido descritivamente como a tendência para experienciar e comunicar distúrbios e sintomas somáticos inexplicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar formas: desde só como um modo de se expressar, ou indicando uma doença orgânica ainda não diagnosticada, ou como parte de outras patologias psiquiátricas ou propriamente como um transtorno somatoforme (LIPOWSKI, 1988).

A introdução da categoria diagnóstica “Transtornos Somatoformes” (TS) nas classificações internacionais de doenças é relativamente recente, tendo ocorrido em 1980 através do DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDER (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), 3ª edição (DSM-III) e em 1992 na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10, 1993). E em ed. 4 (DSM-IV, 2007) define os transtornos psicossomáticos “como um Transtorno Somatoforme (300.81) como Desordem do Corpo Disforme, desordem Conversiva, Desordem Hipocôndrica, Desordem da Dor”, e é chamada de Desordem Somática e qualquer uma das Desordens Somatoformes possuem sintomas sugestivos de alguma patologia, que a medicina clínica não consegue diagnosticar.

Esses transtornos caracterizam-se pela presença prolongada (de meses a anos) de queixas freqüentes de sintomatologia física que sugerem a presença de um substrato orgânico, mas que não se explicam adequadamente por: patologias orgânicas conhecidas, efeitos diretos decorrentes da utilização de álcool ou drogas, ou outros transtornos mentais; caso haja alguma doença orgânica presente, esta não justifica toda a sintomatologia referida. Também está presente uma dificuldade no estabelecimento de um vínculo médico-paciente positivo, em decorrência de um questionamento do paciente quanto à inexistência de um substrato orgânico detectável (DSM-IV, 2007).

Dois gigantes da biologia, no século 19, Louis Pasteur e Claude Bernard polemizavam a respeito do fator mais importante na doença que seria o “terreno”, que era o organismo humano ou o germe causador da patologia? No final de sua vida Pasteur admitiu que Bernard tinha razão ao declarar que era o “terreno” o que mais importava (SIEGEL, 1998). Todavia, ainda um pouco mais tarde, as ocorrências da psicossomática não podiam ser elaboradas a partir das técnicas psicanalíticas. As doenças que marcavam o corpo eram mudas e sem significado inconsciente porque elas resultavam de um problema quantitativo apenas, ou seja, eram conseqüência do excesso de estímulos do mundo externo incidindo sobre um

sistema frágil e traumatizável. As chamadas "neuroses atuais", como a neurastenia, onde "o corpo sofre", das "psiconeuroses" nas quais, como na histeria, "o corpo fala" (FREUD, 1925).

Quando se entende que geralmente nós também adoecemos para alguém, ou seja, quando se acredita, na dimensão relacional de qualquer patologia, que abarca as relações primordiais da criança aos pais e a dinâmica familiar, está se sugerindo que as doenças sejam a expressão de alguma "neurose transferencial", difusa (SAMI-ALI, 1995; DEJOURS, 1991). Neste caso, não apenas adoecemos para alguém, como ainda sofremos apesar de alguém, ou por causa de alguém (VOLICH et tal., 1998). Pode-se admitir que os sintomas psicossomáticos constituam uma forma primitiva de comunicação, uma linguagem arcaica, decodificada primeiramente pela mãe, cabe-nos verificar, no entanto, quando esta decodificação esteve ausente na infância, se esta forma de comunicação se esvaziou de maneira transitória, ou se ela se deu de modo irreversível (Mc DOUGALL, 1994).

Entendemos que toda doença, em sua gênese, deva ser considerada como sendo psicossomática (MELLO, 1998). A divisão entre um corpo e uma mente adviria num segundo momento, no próprio processo de diferenciação das experiências vividas e registradas. É neste ponto que o conceito freudiano de apoio adquire toda sua complexidade: as necessidades do bebê podem ser atendidas no plano do corpo e da sua fisiologia, ao mesmo tempo em que o registro psíquico de algum excesso ou carência se instaura. Assim, um desencontro entre a satisfação física e a vivência de prazer determina o campo do que será designado como sendo o físico e o mental. Mais tarde o processo se faz no sentido contrário e o corpo, agora erotizado, é movido pela ação dos significantes. É quando a divisão novamente se faz, não mais entre o físico e o psíquico, mas no sujeito, sempre incompleto dentro do seu "EU" (MELLO, 1998). Ramos (1994) coloca que a psicanálise francesa classifica os pacientes portadores de distúrbios psicossomáticos como pacientes que fazem "fugas somáticas". A idéia central é que os sujeitos psicossomáticos se diferenciam dos demais pela pobreza do mundo simbólico, havendo pouca elaboração psíquica. Seu pensamento é do tipo operatório, aprisionado ao concreto e à orientação pragmática, tendo pouca ligação com o seu inconsciente.

A característica essencial do Transtorno de Somatização é um padrão de múltiplas queixas somáticas recorrentes e clinicamente significativas. Uma queixa somática é considerada clinicamente significativa se resultar em tratamento médico (por ex., tomar um medicamento) ou causar prejuízo significativo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. As queixas somáticas devem iniciar antes dos 30 anos e ocorrer por um período de vários anos. A maioria dos indivíduos com o transtorno descreve a presença de náusea e inchaço abdominal. Vômitos, diarreia e intolerância a alimentos são menos comuns. Os indivíduos com Transtorno de Somatização em geral descrevem suas queixas em termos dramáticos e exagerados, porém com frequência faltam informações factuais específicas. Essas pessoas frequentemente oferecem histórias inconsistentes, de modo que uma abordagem mediante lista de verificação na entrevista diagnóstica pode ser menos efetiva do que uma revisão completa dos tratamentos somáticos e hospitalizações, para a documentação de um padrão de queixas somáticas freqüentes. Elas muitas vezes buscam tratamento com vários médicos ao mesmo tempo, o que pode levá-las a combinações de tratamentos complicadas e por vezes prejudiciais. Os estudos têm relatado uma prevalência bastante variável durante a vida para o Transtorno de Somatização, variando de 0,2 a 2% entre as mulheres e menos de 0,2% em homens. O Transtorno de Somatização é um transtorno crônico porém flutuante, que raramente apresenta remissão completa. É raro passar um ano sem que o indivíduo busque algum atendimento médico levado por queixas somáticas inexplicáveis. Os critérios de diagnóstico tipicamente são satisfeitos antes dos 25 anos, mas os sintomas iniciais frequentemente estão presentes na adolescência. O diagnóstico diferencial no quadro sintomático encontrado no Transtorno de Somatização frequentemente é inespecífico e pode sobrepor-se a múltiplas condições médicas gerais. Três características que sugerem um diagnóstico de Transtorno de Somatização ao invés de uma condição médica geral incluem:

- 1) envolvimento de múltiplos sistemas orgânicos;
- 2) início precoce e curso crônico, com o desenvolvimento de sinais físicos ou anormalidades estruturais, e
- 3) ausência de anormalidades laboratoriais características da condição médica geral sugerida.

Além disso, é necessário descartar condições médicas gerais caracterizadas por sintomas somáticos vagos, múltiplos e confusos (por ex., hiperparatiroidismo, porfiria intermitente aguda, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico). O Transtorno de Somatização também não protege o indivíduo de outras condições médicas gerais independentes (DSMIV-TR, 2002).

2.3 DEFININDO O STRESS

2.3.1 Efeitos Psíquicos do “Stress”

Conforme Marty e M’Uzan (1994), situações traumatizantes um afluxo de excitações ou uma queda brusca destas podem causar uma desorganização dos aparelhos funcionais, que se propaga por todo aparelho psíquico, até encontrar um sistema que possa contê-la. Como consequência, quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e do sistema de comportamento é ultrapassada ou prejudicada por uma nova situação, o aparelho somático responde. O fim das somatizações corresponde ao fim dos movimentos desorganizadores, isto é, ao fim da depressão essencial, a qual desencadeou em parte, manteve, agravou ou complicou uma determinada doença, independentemente das sistemáticas próprias a esta e das recuperações regressivas que poderiam ter surgido. Para que essa condição ocorra, é necessária uma mudança radical do estado psicoafetivo das pessoas diante do valor traumático dos acontecimentos ou de situações anteriores, ou o cessar tanto do peso traumático inicial como o de outros incidentes traumáticos ocorridos nesse espaço de tempo.

Atualmente a psicanálise se encaminha pelas diferentes propostas contidas na própria obra freudiana, por trilhas divergentes: Melanie Klein privilegiou os afetos, W.R.Bion trabalhou sobre as representações e Lacan seguiu a via aberta pela linguagem. No entanto, grande parte do que se refere à compreensão dos distúrbios psicossomáticos ainda permanece em aberto, numa época em que a ciência remete-se a conquistar complexos padrões patológicos (MELLO, 1998).

O corpo de teoria da psicossomática moderna, ao longo do tempo, desenvolveu-se em três fases. A primeira foi estimulada pela psicanálise com o enfoque dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, teorias da

regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer entre outros. A segunda é a fase intermediária, behaviorista, que se concentrou em pesquisas em homens e animais, tendo como auxiliar para sua interpretação as ciências exatas, havendo um grande avanço nos estudos sobre “stress”. Já a terceira fase, atual, chamada de multidisciplinar ou interdisciplinar, destaca a importância da dimensão social e suas interconexões com a visão psicossomática, necessariamente possuindo uma interação entre os diferentes profissionais de saúde (MELLO FILHO, 1992).

Seguindo-se a evolução da área da psicossomática, observa-se o mais significativo desenvolvimento em 1952, com a publicação de Franz Alexander, propondo que fatores psicológicos causavam ou predispunham a vários estados patológicos. O psicanalista Alexander fez a distinção entre a conversão clássica e o que ele chamou de neurose orgânica, que seria um distúrbio da função orgânica, controlado fisiologicamente pelo sistema nervoso autônomo. Ele pensava que Groddeck e outros pesquisadores haviam atribuído valor excessivo ao aspecto psicológico e ignorado os mecanismos fisiológicos autônomos que controlam as expressões de emoção do corpo que responde a um estímulo estressor (ALEXANDER, 1989). . O Grupo de Chicago, liderado por Alexander, centrava-se na gênese inconsciente das enfermidades, abrangendo a investigação de doenças como úlcera péptica, colite ulcerativa, neurodermatite, artrite reumatóide, hipertensão arterial e tireotoxicose. Isso resultou na formulação da hipótese da especificidade psicossomática, segundo a qual haveria o pareamento de conflitos específicos, no sentido psicanalítico do termo, com algumas modificações fisiológicas (HAYNAL, 1998). Em 1919, Ishigami fez a primeira observação científica da possível relação entre distúrbios emocionais e resistência do hospedeiro. O desenvolvimento do radioimunoensaio por Berson e Yallow, na década de 1960, possibilitou um aumento considerável no estudo dos correlatos endócrinos das patologias, gerando uma explosão de trabalhos nesta área (MARQUES, 2000).

Em toda doença há um elemento de adaptação, e a enfermidade é esse esforço defensivo e adaptativo do corpo que varia entre uma excessiva defesa ou excessiva submissão e que envolve tanto o biológico quanto o psíquico. A idéia principal da teoria sobre a *Síndrome Geral de Adaptação* ou *Síndrome do “Stress”*, que contribuiu, amplamente, para a abordagem psicossomática, é de como o corpo se transforma sob o efeito do “stress” (SELYE, 1956; RAMOS, 1994). O autor utilizou esse termo para denominar o "*conjunto de reações que um organismo desenvolve*

ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação." Descreveu também que o "stress" é usualmente o resultado da luta para a autopreservação (homeostase) das partes dentro do todo. De acordo com Selye, há um grupo de doenças de adaptação geradas por reações exageradas, ou de defesa ou de submissão, do organismo (SELYE, 1956, p.253). A concepção holística foi reforçada com uma base fisiológica a partir do conceito de homeostase, desenvolvido em 1929 por Cannon, o qual afirmava que qualquer estímulo, inclusive o psicossocial, que perturba o organismo, o perturba em sua totalidade (CALDER, 1970).

De acordo com Dejours (1988), a somatização pode atingir tanto um sujeito com estrutura neurótica quanto psicótica, e estes episódios ocorrem geralmente quando o funcionamento mental do sujeito é momentaneamente colocado fora do circuito (DEJOURS, 1988). Seguindo essa linha de raciocínio, os fenômenos psicossomáticos podem ocorrer em qualquer pessoa dependendo dela apresentar ou não uma estrutura psíquica denominada psicossomatose para poder somatizar (Mc DOUGALL, 1991).

É possível ter uma visão tanto positiva quanto negativa do "stress", ou seja, por um lado ele pode ser o estímulo para buscar novas conquistas e, por outro, o resultado de um esforço exagerado que leva ao adoecimento. Naturalmente, as respostas ao "stress" levam o organismo a encontrar recursos para enfrentar as situações que lhe exigem uma forma de adaptar-se. A maneira como esses esforços são direcionados e a identificação das suas conseqüências é que ajudam a ter êxito ou não com a saúde (ANDREWS, 2003).

O fenômeno do "stress" é desencadeado, como referiu Selye, por um estímulo estressor, e a resposta do indivíduo diante do estímulo chama-se processo de "stress". Se a reação do indivíduo causar conseqüências negativas, trata-se, então, de "distress"; por outro lado, quando há uma reação saudável ao estímulo dá-se o nome de "eutress". Sendo assim, é possível considerar o fenômeno como processo ou como estado. O processo refere-se à tensão desencadeada por uma situação de desafio, ameaça ou conquista. O estado é o resultado positivo (eutress) ou negativo (distress) do esforço gerado pela tensão mobilizada pela pessoa (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Existem três fases no desenvolvimento do "stress": a de alerta, a de resistência e a de exaustão, podendo identificar através dessas fases a gradação da

seriedade do nível de “stress” em que a pessoa se encontra. A fase de alerta é considerada a etapa na qual a pessoa tem uma descarga de adrenalina preparatória para a adaptação e consegue ter êxito na situação, alcançando uma sensação de plenitude; logo, é uma fase positiva do “stress”. Na fase de resistência, a pessoa continua tentando lidar, de forma automática, com os estressores, buscando manter a sua homeostase interna; se esses estressores persistirem em frequência ou intensidade, e não acontecer sua interrupção ou existirem dificuldades de adaptação através de estratégias de enfrentamento, pode ocorrer uma quebra da resistência da pessoa. Como consequência disso, a fase seguinte, ou seja, a terceira é a de exaustão, na qual os órgãos com maior fragilidade genética são mais facilmente atingidos por distúrbios, podendo, por meio desse processo, surgir doenças graves (SELYE, 1956).

Lipp , através da construção do Inventário de Sintomas de “Stress”, identificou uma quarta fase que está entre a fase de resistência e a fase de exaustão. A fase de quase exaustão ocorre quando a pessoa está enfraquecida, não conseguindo mais se adaptar ou resistir ao estressor. Como consequência as doenças podem surgir em um nível mais leve que na fase de exaustão (LIPP, 2000).

O “stress” e suas consequências para a vida das pessoas, tanto positivas quanto negativas, devem ser analisados em um contexto multicausal, assim como todo processo de adoecimento. Quando o estressor causa problemas significativos na vida da pessoa, as diferenças individuais referentes à vulnerabilidade orgânica e à forma de avaliar e enfrentar a situação inadequadamente contribuem para seu desequilíbrio. As diferenças individuais pesam bastante na determinação das consequências do processo estressante que, ao mesmo tempo, sofre influências socioculturais (FRANÇA; RODRIGUES, 2002).

Para identificar a maneira como cada indivíduo enfrenta e avalia o estímulo estressante é fundamental conhecer o que lhe estressa, que significado atribui para esse aspecto, e em que intensidade sente que isso afeta sua vida. Também é preciso saber que tipo de estratégias utiliza para lidar com a situação que julga ser uma ameaça para si, ou seja, de que maneira administra os fatores que interferem na sua homeostase. Em 1984, Folkman e Lazarus denominaram de *estratégias de “coping”* todos os esforços cognitivos e para enfrentar a situação de “stress” que excede seus recursos pessoais, elegendo, assim, estratégias específicas para lidar

com a condição estabelecida (FOLKMAN; LAZARUS, 1984). Qualquer esforço de controle produzido pelo indivíduo que possua o intuito de diminuir o desconforto ou dominar alguma instabilidade, sem, no entanto, considerar as conseqüências disso, é definido por esses autores como *estratégia* ou *processo* de “*coping*” (CASTRO et al, 2006).

Esse modelo de compreensão divide o “*coping*” em duas categorias funcionais: o “*coping*” focalizado no problema e o “*coping*” focalizado na emoção. A primeira categoria, “*coping*” focalizado no problema, constitui um esforço para mudar a situação geradora de “*stress*”, alterando o problema existente na relação da pessoa com o ambiente gerador de tensão. Essa ação pode ser direcionada para uma fonte externa de “*stress*”, o que inclui estratégias como negociação ou pedido de ajuda a outras pessoas para resolver o problema. Já a ação direcionada para o manejo interno geralmente inclui reestruturação cognitiva com relação à redefinição do elemento estressor. A segunda categoria, “*coping*” focalizado na emoção, tem intenção de regular o estado emocional que é associado ao “*stress*” ou pode ser resultado desses eventos estressantes. O objetivo desse esforço de “*coping*” é alterar o estado emocional e diminuir a sensação física (SILVA e MÜLLER, 2007) desagradável desse estado, podendo ser direcionado a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos. Como exemplo de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional, ressalta-se tomar remédios para o alívio de tensão, fumar, fazer exercícios e assistir algum programa de TV para distração (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998).

Outro modelo de entendimento divide as estratégias em formas ativas (ou de aproximação) e em formas de evitação. A primeira se refere àqueles esforços cognitivos ou condutuais para manejar diretamente o evento estressante. A segunda forma, evitativa, consiste em não confrontar com o problema, ou na redução da tensão através de condutas de fuga (MOOS, 1998).

Como conseqüência da teoria do “*stress*”, pesquisas na área da psiconeuroimunologia vêm ampliando os conhecimentos sobre a interação dos efeitos do “*stress*” sobre o corpo. Tal ciência, desenvolvida nos EUA por Robert Ader, há 20 anos, busca estudar, dentro do paradigma de integração, a relação existente entre os sistemas psíquico, neurológico, imunológico e, mais recentemente, endócrino. Primordialmente, essa área de conhecimento desenvolveu-se seguindo os caminhos clássicos da medicina comportamental; porém, atualmente no Brasil,

está sendo ampliada com pesquisas que buscam o desenvolvimento conceitual da psiconeuroimunologia sob o paradigma da integração (VASCONCELLOS, 1998).

Brown ressalta que em 1981 Ader marcou o início de uma nova abordagem multidisciplinar com seu artigo intitulado "psychoneuroimmunology". A psiconeuroimunologia é uma disciplina híbrida e recente que explora as interações entre o psíquico, o sistema nervoso central e o sistema imune (GAUER et al., 1992). Com o desenvolvimento das neurociências o conceito dualístico tornou-se mais difícil de ser aceito. Por exemplo, o sistema nervoso autônomo não é tão autônomo assim e se encontra regulado pelas estruturas límbicas junto com o controle emocional. O sistema imune influencia e é influenciado pelo cérebro. O campo de estudo da psiconeuroimunologia tem suas origens no pensamento psicossomático e tem evoluído no sentido da realização de investigações de complexas interações entre a psique e os sistemas nervoso, imune e endócrino (URSIN, 2000).

Uma concepção ainda mais abrangente é a de doença sociossomática, isto é, a visão da doença como uma conjugação de fatores originados do corpo, da mente, da sua interação e da interação também com o ambiente e o meio social. Hinkle e Mirsky (NEMIAH, 2000) adicionaram uma dimensão ecológica e social aos fatores que podem promover doença. Mello Filho, também comentou, assim como Helen Dunbar, que o termo medicina psicossomática não abrange a totalidade dos fenômenos que influenciam a saúde do homem, como os sociais e culturais (MELLO FILHO, 2002), e sugeriu, baseado nas idéias de Perestrelo, que o termo mais completo poderia ser medicina psicossociossomática (PERESTRELO, 1974); porém, como o termo original já está definitivamente implantado, ele permanece mesmo sendo incompleto.

2.3.1 Efeitos Bioquímicos no Cérebro: Estresse Crônico

Conforme o Artigo "Viver é muito Perigoso: Estresse prolongado intensifica a inflamação Cerebral ligado à Morte dos Neurônios" de Zorzetto et al. É o que há de mais atual nesse assunto. Foi constatado que nos últimos anos estudos conduzidos na Europa, nos Estados Unidos e no Brasil mostraram que o estresse por períodos prolongados favorece o surgimento de diabetes, doenças cardiovasculares, ansiedade, depressão, impotência, infertilidade e até mesmo algumas formas de

câncer. Agora uma pesquisa conduzida por equipes de duas universidades paulistas – a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – revela outro possível efeito devastador do estresse. Essa reação natural do organismo que facilita a adaptação a situações novas ou ameaçadoras também potencializa processos inflamatórios que podem culminar na morte de células nervosas (neurônios) em duas regiões específicas do cérebro: o hipocampo, associado à formação da memória, e o córtex frontal, responsável pelo raciocínio complexo.

Os resultados desse trabalho, publicados em abril deste ano no *Journal of Neuroscience*, põem por terra uma crença antiga entre os neurologistas: de que o sistema nervoso era um conjunto de órgãos privilegiados, não-suscetíveis à inflamação. Há uma membrana que recobre o sistema nervoso central, a chamada barreira hematoencefálica, impede a chegada de várias substâncias e agentes agressores a esse órgão, razão pela qual se acreditava que o encéfalo estivesse livre das inflamações. Infelizmente, não é bem assim. Cientistas da Universidade de Stanford, Estados Unidos, constataram uma dupla função do cortisol, hormônio liberado em situações de estresse por glândulas situadas sobre os rins (suprarenais). O susto provocado tanto por uma ameaça real, como um cachorro que salta ao portão de uma casa latindo para quem passa na calçada, quanto por uma imaginária, a exemplo do medo de ser assaltado ao parar o carro no próximo sinal fechado, levam à produção desse hormônio do estresse.

Há muito se sabia que em doses relativamente baixas o cortisol é um potente composto capaz de conter a inflamação – a cadeia de reações do sistema de defesa do organismo destinada a combater microorganismos invasores, a exemplo de vírus, fungos e bactérias. No artigo do *Journal of Neuroscience*, cientistas provaram também que o cortisol em quantidades elevadas e por longos períodos pode causar o efeito contrário, em especial no cérebro. É também o que se observa quando os médicos receitam o uso de compostos derivados do cortisol para controlar o sistema imunológico que se volta contra o próprio corpo e provoca as chamadas enfermidades auto-imunes, como a inflamação das articulações (artrite) ou casos graves de vermelhidão e descamação intensa da pele (psoríase).

Esse trabalho tem uma provável relevância clínica por sugerir que o uso de versões sintéticas do hormônio associado ao estresse, o cortisol, pode agravar a inflamação no cérebro. No entanto, isso não significa que as pessoas devam se rebelar contra os médicos e interromper o tratamento, uma vez que, geralmente avalia-se a relação entre os custos e os benefícios de um medicamento antes de prescrevê-lo.

Foi observado a ação nociva do cortisol sobre o cérebro em um extenso trabalho no Laboratório de Neurofarmacologia Molecular da USP no qual submeteram um grupo de ratos saudáveis a diferentes situações que provocam estresse semelhante ao que as pessoas vivem no dia-a-dia. Na maratona no laboratório, ao longo de duas semanas eles selecionaram roedores aleatoriamente para deixar o conforto de suas caixas e passar por alguma atividade que os tirava da rotina, obrigando o organismo a se adaptar às novas condições. Em um dia, por exemplo, eram colocados em um tanque para nadar sem descanso por quinze minutos. No outro, os ratos ficavam uma hora e meia em um ambiente alguns graus mais frio que o habitual. Também tiveram de permanecer imóveis durante uma hora ou ficar meio dia sem comida e água. Os animais experimentaram ainda o desconforto de uma noite com as luzes acesas ou de um período diurno no escuro – uma inversão total de hábitos, uma vez que os ratos são animais noturnos e saem à procura de comida à noite e descansam durante o dia.

Esse desarranjo todo, chamado pelos biólogos de estresse imprevisível prolongado, não é muito diferente do que se experimenta em períodos conturbados nos quais é preciso abrir mão de algumas horas de sono para dar conta do trabalho extra e até substituir uma dieta equilibrada por lanches ou salgados com o objetivo de fazer sobrar um tempinho para acertar a conta que só pode ser paga no banco ou finalmente realizar aquela visita ao dentista adiada por meses. A primeira consequência de tantas mudanças foi detectada no sangue. Um dia após a bateria de testes os níveis de corticosterona – o correspondente nos ratos ao cortisol humano – continuavam elevados, em uma concentração que variava de 25 a 30 microgramas por decilitro de sangue. Esses valores são de cinco a seis vezes mais altos que o normal, semelhantes aos que se observa no organismo de pessoas sob tratamento para suprimir a atividade do sistema de defesa e evitar a rejeição a um transplante.

Os efeitos do estresse, porém, são ainda mais amplos e envolvem uma complicada rede de interações entre o sistema nervoso central e o resto do corpo. Tão logo surge uma situação ameaçadora ou que altere a rotina, o hipotálamo aciona a produção do hormônio adrenocorticotrofina (ACTH) na glândula pituitária, na base do cérebro. Em instantes o nível de ACTH no sangue aumenta e aciona as glândulas localizadas sobre os rins (supra-renais), que iniciam a fabricação de cortisol. No sangue esse hormônio bloqueia as reações químicas características da inflamação e reduz a atividade do sistema de defesa, razão por que se imaginava que funcionasse principalmente como antiinflamatório quando utilizado por semanas ou, no máximo, uns poucos meses – embora seu uso por mais tempo provoque uma série de efeitos indesejáveis como aumento da pressão sangüínea, depressão, diabetes, insuficiência cardíaca, além de facilitar o surgimento de infecções, já que deixa o sistema de defesa desarmado diante de bactérias e fungos.

Na pesquisa constataram que esse hormônio, por caminhos ainda não totalmente compreendidos, aciona no interior dos neurônios uma proteína chamada fator de transcrição kappa B, que é fabricada em processos inflamatórios. Esse fator de transcrição, por sua vez, ativa pelo menos três genes responsáveis pela produção de proteínas – a interleucina 1-B, o fator de necrose tumoral alfa e a óxido nítrico sintase induzida – associadas à inflamação e à toxicidade celular. Em concentrações baixas essas moléculas geram um efeito benéfico e ajudam a combater microorganismos invasores. Em excesso, porém, parecem destruir as células que deveriam proteger.

Um dos mais respeitadores estudiosos dos efeitos do estresse sobre o sistema nervoso central, surpreendeu-se com os resultados parciais desse trabalho há cerca de dois anos. A descoberta da ação inflamatória do estresse sobre o sistema nervoso central ajudava a completar o quebra-cabeça que ele havia começado a montar dez anos antes. Embora tenha se dedicado por um longo período a analisar os efeitos do estresse crônico gerado por disputas sociais entre babuínos do Quênia, animais que vivem em sociedade com relações de poder um tanto complexas, foi em ratos que ele demonstrou que o estresse prolongado intoxicava os neurônios por aumentar os níveis de glutamato no hipotálamo.

Foi comprovado duplo efeito do cortisol ao comparar o nível de inflamação cerebral em ratos submetidos a estresse duradouro com o observado em roedores saudáveis. Depois de induzir uma inflamação generalizada no organismo dos animais por meio de uma injeção de partículas de bactéria no sangue, foi analisado a ação dos três genes inflamatórios no sistema nervoso central. Os ratos livres do estresse apresentaram uma inflamação leve em todo o encéfalo, como havia observado três anos antes outro neurofarmacologista da equipe da USP. Essa inflamação, no entanto, foi mais intensa no hipocampo e no córtex frontal dos roedores cronicamente estressados. Resultados preliminares de outro teste ainda em andamento sugerem que de fato é essa inflamação a responsável pela morte dos neurônios nos animais debilitados pelo estresse. É possível que o cérebro de uma pessoa que vive sob estresse seja mais suscetível a esses danos.

Embora tenham sido feitos com ratos, esses experimentos fornecem uma boa pista do que deve ocorrer também com os seres humanos, altamente propensos a sofrer uma forma de estresse associada ao estilo de vida ocidental: o estresse psicológico provocado pela antecipação. Diferentemente de uma ameaça real à vida, a antecipação é uma espécie de estresse imaginário. O simples pensar em uma situação que pode ocorrer ou não, como o medo de sofrer seqüestro relâmpago toda vez que se vai a um caixa eletrônico, já é suficiente para acionar os mecanismos bioquímicos relacionados ao estresse, que, estima-se, atinge entre 10% e 20% da população nos países desenvolvidos.

O preço dessa adaptação não é só o corpo que paga, uma vez que doenças provocadas pelo estresse consomem uma parte das verbas do sistema público de saúde. No ano passado algumas pesquisadoras, na França, apresentaram no *European Journal of Health Economics* um exemplo claro desse custo social do estresse: calcularam os gastos com o tratamento de três doenças (cardiovasculares, musculares e mentais) decorrentes, ao menos em parte, do estresse associado às condições de trabalho. Dos 24,5 milhões de pessoas em idade produtiva em 2000 na França, de 300 mil a 400 mil tiveram problemas de saúde relacionados ao estresse por causa do trabalho – e entre 2.300 e 3.600 morreram. Os gastos com tratamentos e perda de dias de serviço custaram de € 1,2 bilhão a € 2 bilhões, valores que correspondem de 14% a 24% do que o sistema público de saúde francês consome com doenças ocupacionais.

Enquanto não se descobre uma cura para o estresse – se é que algum dia haverá, uma vez que não se trata propriamente de uma doença –, uma saída é prevenir, levando a vida de forma mais leve e realizando atividades físicas. *Temos de ser mais superficiais*, desafiou o neurocientista de Stanford em uma entrevista publicada em abril pela *Folha de S.Paulo*. “Por mais superficiais quero dizer menos cerebrais. Conseguimos isso, paradoxalmente, sendo mais cerebrais. Explico. Se você conseguir raciocinar científica e constantemente, conseguirá discernir se o que o está estressando é uma realidade, digamos, física ou apenas psicossocial. Se for física, pode se estressar. Se for psicossocial, esqueça (ZORZETTO et al, 2006).

2.4 RELEVÂNCIA PARA A ENFERMAGEM

A Ciência Psicossomática vem despertando interesse nos mais diferentes pesquisadores no campo da saúde, pois se percebe cada vez mais a importância dos aspectos mentais no processo da saúde e da doença. Este saber lida com o processo dinâmico entre o mental, o corporal e o sociocultural, como referenciado anteriormente. O enfermeiro insere-se neste contexto como o agente do cuidado, responsável na realização do fazer acontecer, estimulando o sujeito à consciência de sua realidade psico-corporal, tornando-o participativo na busca de seu caminho na promoção da saúde. A psicossomática se faz necessária em nossa prática, uma vez que esta aborda as dimensões objetivas e subjetivas do cliente, que são aspectos primordiais na sistematização dos cuidados de enfermagem. Portanto, a psicossomática revela-se como uma perspectiva holística do sujeito, relacional e complexa da atenção em saúde. Sendo assim há uma necessidade de buscar novas abordagens e modelos de atenção em saúde que dê conta da perspectiva em causa (LAMAS; TEIXEIRA, 2005). Hoje, vê-se o interesse da enfermagem em congressos e pesquisas. Atualmente, no 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem, foi abordado o assunto citado por Lamas e Teixeira, assim como no I Ciclo de Palestras e Debates em Psicossomática e Cuidados Transdisciplinares com o Corpo da ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA – EEAAC no Rio de Janeiro, onde foram abordados temas em psicossomática: A transdisciplinaridade da saúde, a psicossomática e suas atuais tendências, o cuidado e suas diferentes

dimensões e a apresentação das monografias dos alunos do Curso de Especialização em Psicossomática e cuidados transdisciplinares com o corpo (CASTELLI; SILVA, 2007), dentre outros assuntos. De acordo com as enfermeiras Andrea Castelli e Maria Júlia Paes da Silva, ambas Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, procurando aprimorar seus cuidados com pacientes portadores da doença de Chron, observaram, através de pesquisas, que por meio da compreensão psicossomática, se permitiu que fossem analisados os sintomas, não como corpos estranhos a serem erradicados, mas como mensageiros de um apelo a ser compreendido. Por intermédio deles, pôde ser resgatada a história de um indivíduo que, se conscientemente vivida e analisada, permitiu o desenvolvimento até níveis mais evoluídos de entendimento. Especificamente na área de coloproctologia, de acordo com elas, o IBDQ - Inflammatory Bowel Disease Questionnaire - tem sido utilizado como instrumento específico para avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Doenças Inflamatórias Intestinais. Após aplicação de testes estatísticos de validade, confiabilidade e responsividade, os autores obtiveram evidências de que os efeitos adversos causados pelas doenças não foram relativos somente à inflamação intestinal, extraintestinal e suas complicações, mas também, ao impacto na auto-imagem, empregabilidade, funções psicossociais, relacionamentos familiares, amizades e função sexual (GUYATT et al.,1989; IRVINE,1993). Pesquisa com 40 pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais, sendo 20 deles portadores de retocolite ulcerativa e 20 portadores de Doença de Chron, concluiu que esses pacientes quando falam de si, falam do corpo. A percepção da sensação somática parece ser a única forma de reconhecimento de sua identidade singular. Por isso, falar de si de outro modo é encontrar-se diante um vazio (PINTO, 2001). Observa-se, nas pesquisas científicas, em geral, a busca de fatores psicológicos que possam inferir em uma doença a desencadear o stress, se detém num campo restrito e especializado. O gastroenterologista, assim como o oncologista, atribuem a resultado de uma retocolite ou a neoplasia de colon a sucessivas situações estressantes, e isso limita seu campo de atuação. O que o organismo está querendo nos dizer, especificamente? Por que afetou determinado órgão? Quais os mecanismos que levou o indivíduo a esta ou aquela resposta orgânica? Estas questões são mistério a desvendar que nos levam a um desafio profissional.

2.5 SUGESTÕES PARA CONTINUIDADE DE ESTUDO

Como vimos, a medicina psicossomática é uma antiga concepção de abordagem médica nova do paciente, investigando sua doença e tratando-o como um todo, utilizando-se de exames e medicações clínicas, acompanhados de uma avaliação e terapia das emoções e “problemas psicológicos” que influenciaram na doença. Na realidade toda doença é psicossomática, uma vez que fatores emocionais desencadeiam os processos do corpo através dos nervos e hormônios. “Mente” e “Corpo” são na realidade partes integradas do nosso ser. As emoções podem alterar o equilíbrio das glândulas endócrinas, prejudicar a circulação sanguínea e a pressão arterial, impedir a digestão, modificar o ritmo respiratório e a temperatura do corpo. O Sistema Nervoso Autônomo é o gerador de várias sensações corporais, que você pode identificar como “emoções”. Tais manifestações fazem, inclusive, parte da linguagem popular. As pessoas sentem os “pés frios”, ficam “geladas de medo”, têm um “bolo na garganta” ou sentem “ânsia de vômitos”, por alguém ou alguma situação que não suportam. Desta forma, as emoções são fenômenos físicos, que existem dentro do organismo sob a forma de “sensações”.

Embora a medicina psicossomática, descreva uma concepção da medicina tão velha como a própria arte de curar e apresentar, atualmente, uma sólida tradição no campo da pesquisa, ainda hoje muitos profissionais da saúde consideram a doença um fator apenas, apesar dela não está mais associada a um grupo específico de patologias, mas sim, a um modo completo de olhar todas as condições patológicas (RIGATELLI, 2002). Torna-se necessário atingir um patamar mais alto de integração epistemológica, em benefício do avanço do conhecimento (FERRAZ, 2004), assim como, deve o profissional, estar preparado para enfrentar os problemas emocionais do paciente, conhecendo o manejo apropriado à cada situação. Como entender aos pacientes que somatizam? O futuro texto da medicina consistirá, como afirmou Menninger, de um exame sistemático da relativa importância dos fatores externos e ambientais e dos fatores internos, emocionais, responsáveis pela incidência da toda moléstia, assim como o fator desencadeador, a mola propulsora, a energia de ativação da desordem que se desencadeou (WEISS,1946).

Para esse fim, utilizando as consultas, sugere-se que se aborde o funcionamento de um serviço que se proponha a desenvolver modelos de atendimento aos somatizadores, vinculado aos cuidados individualizados e multidisciplinares (MELLO, 1998). Assim como, se viabilizem o desenvolvimento de programas especiais de cuidado, que envolvam não só prescrição de medicamentos, mas também atenção às contribuições da sincronia da fisiologia entre mente e corpo. E, que estes programas tenham especial atenção na completa avaliação física e psicológica do paciente, para melhor elucidar os fatores implícitos, fatores físicos e mentais estressantes. Além disso, devem levar em consideração também o estilo de vida, as práticas dos pacientes, a educação do paciente em grupos de auto-ajuda e treinamento de relaxamento do “stress” (KIMYAI-ASADI, USMAN, 2001; RAYCHAUDHURI, FABER, 2000; TAUSK, NOUSARI, 2001).

O processo de conscientização do indivíduo sobre o que o leva a adoecer no plano físico, psicológico e social pode proporcionar a mudança dos aspectos negativos que contribuem para esse estado de desarmonia. A descoberta dos fatores estressantes que influenciam na doença é fundamental para que ocorram mudanças que também se referem à conscientização de padrões de comportamento prejudiciais à pessoa, tanto físicos como emocionais, e de crenças arraigadas que podem levar, ao longo dos anos, a um desgaste importante da qualidade de vida. A medicina teve seu início no estudo do homem como um mecanismo anátomo-fisiológico na mesa de dissecação. Continuaremos com o estudo do homem, porém de forma holística, integral. Dissecaremos, sim a sua vida de forma a penetrar em seus valores, necessidades, paixões, amores, ódios, frustrações, e tudo que seja capaz de perturbar a sua alma e seu corpo (WEISS, 1946).

A saúde mental não é, seguramente, a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme. A saúde é a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados: é quando há o desejo. O que faz as pessoas viverem é o desejo e não só as satisfações (DEJOURS, 1993).

Ao verificar a importância dessa área, sugiro a busca de pesquisas quantitativas a pacientes somatizadores, em virtude de buscar a frequência desse tipo de doença, assim como, ir além e alcançar a essência da razão de nós seres, repletos de emoções, fabricamos doenças. A seguir, venho dar bases a esse busca, sugerindo um Modelo de Atuação e Pesquisa.

2.5.1 Exemplo de um Modelo de Atendimento

De acordo com Bombana (1997) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, situa-se dentro de uma grande instituição médica de ensino. É destino de um razoável número de encaminhamentos de pacientes como os acima descritos. O programa que atende pacientes somatizadores funciona há aproximadamente 12 anos. Dispõe de atendimentos grupais (psicoterápico e psicossocial) e de atendimentos clínicos, como será detalhado posteriormente. A abordagem terapêutica a este grupo de pacientes tem se mostrado um assunto complexo e propício a divergências. Existem desde propostas que privilegiam um “enfoque médico” (importância das avaliações clínicas, papel fundamental do clínico na condução do tratamento, uso de medicamentos), até outras que se centram nos cuidados psicológicos dos pacientes (especialmente através de psicoterapias). O modelo de psicoterapia a ser usado também comporta uma variabilidade expressiva.

Existem pelo menos duas grandes correntes: uma baseada na psicologia experimental (terapias cognitivo-comportamentais, psicologia do ego) e outra na psicanálise. Este modelo, ao propor atendimentos clínicos com um psiquiatra (contemplando aspectos biológicos), grupo psicoterápico de base psicanalítica (abordagem dos aspectos psicodinâmicos) e grupo psicossocial (considerando peculiaridades socioculturais), nos situa numa perspectiva que leva em conta a experiência adquirida neste trabalho ao longo dos anos e a orientação teórica dos autores. O grupo de trabalho é formado por uma equipe multiprofissional, contando com psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos, além de residentes de psiquiatria e especializando em serviço social e psicologia.

Atualmente estão em tratamento aproximadamente 30 pessoas, sendo 90% mulheres, com idade entre 28 e 73 anos, algumas das quais vinculadas ao Serviço desde o seu início. Participam dos diferentes grupos (abaixo descritos) e cerca de 80% recebe também acompanhamento medicamentoso. Os somatizadores são freqüentemente confundidos com os “pacientes difíceis”, “poliqueixosos” ou simplesmente com os pacientes “chatos”. Uma das preocupações da triagem é com a adequada inclusão no Serviço apenas de pacientes que tenham somatizações como elemento essencial de seu quadro clínico. Alguns pacientes com inúmeros

diagnósticos de patologias clínicas concomitantes (como fibromialgia, hipertensão arterial, asma brônquica, etc.), os quais passam a viver em função das doenças, sem que isso fosse esperado pela gravidade dos quadros, também são admitidos para tratamento. A triagem, além dessa preocupação diagnóstica, também avalia a disponibilidade dos pacientes em participar do programa (grupos terapêuticos e medicações quando necessárias). Pacientes que não aceitem fazer parte dos grupos não são incluídos.

Os atendimentos clínicos são feitos por dois psiquiatras, variando a frequência de acordo com a necessidade clínica de cada caso (de semanal a bimestral). Os medicamentos mais comumente administrados são os ansiolíticos e os antidepressivos. Cerca de 30% dos pacientes recebem apenas ansiolíticos e 40% associação de ansiolíticos e antidepressivos. Alguns pacientes apresentam melhora importante do quadro clínico após a introdução de antidepressivos. Tem-se utilizado principalmente os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina. Nota-se uma atitude de dependência em relação às medicações, basicamente quanto aos benzodiazepínicos. Os pacientes resistem às sugestões de diminuição destes, acreditando não suportarem suas dificuldades sem essa “ajuda”.

Os grupos psicossociais foram formados como alternativa para um grande número de pacientes que demonstram resistência a uma abordagem psicoterápica grupal, maior “concretude” e dificuldade de abstração e reflexão. Existem dois desses grupos atualmente. São coordenados por especializandas em serviço social, que têm um papel ativo, participativo e direto. Os grupos são abertos, com funcionamento semanal, havendo a possibilidade da frequência ser quinzenal (principalmente por questões de dificuldade econômica), e com uma média de oito pacientes. Dispõe-se de um conjunto de técnicas, entre elas as de apoio e as psicopedagógicas, como a verbalização, a clarificação, a sugestão, a aprovação e a confrontação, entre outras. Têm como objetivos: aumentar a capacidade de perceber e expressar emoções; promover relações positivas e de apoio; reforçar aspectos saudáveis, habilidades e capacidades para utilização de recursos internos; e orientar quanto às possibilidades e aos direitos de utilização de recursos externos. Os temas centrais são as dificuldades familiares e os sintomas somáticos. Observamos que a evolução é particularmente lenta nesses grupos, embora os pacientes constantemente refiram melhora. Existe uma tendência de permanência nestes grupos por longos períodos, os quais são às vezes encarados como “a família ideal”.

As altas, embora raras, ocorrem quando da concordância tanto do paciente quanto dos técnicos quanto a uma evolução do funcionamento inicial (centrado no corpo e em suas enfermidades), com menores limitações em suas vidas. Observa-se que para uma parcela desses pacientes este grupo tem uma função social importante, sendo o único espaço de troca e de encontro com o outro.

O grupo psicoterápico (atualmente existe apenas um) ocorre uma vez por semana, com aproximadamente uma hora de duração e sob a coordenação de um residente ou de uma especializanda em psicologia. Os pacientes encaminhados devem, além da disponibilidade para a frequência semanal, ter certa capacidade de elaboração mental que possibilite um bom aproveitamento. Participam de cinco a oito pacientes. Trata-se de um grupo psicoterápico de base predominantemente psicanalítica - importância dada a aspectos transferenciais, uso de interpretações, busca de conteúdos inconscientes (BOMBANA, 1997).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa bibliográfica exploratória descritiva, foi utilizada a metodologia descrita por GIL (2002). Conforme Gil (2002, p. 65), “a pesquisa bibliográfica é o desenvolvimento a partir de material já elaborado, constituindo-se, principalmente de livros e artigos científicos”. O autor esclarece que é necessário adotar etapas pré-definidas como: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração de um plano provisório de assunto que já estão contemplados neste trabalho; e busca das fontes, leitura do material (leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa), tomada de apontamentos, confecções de fichas, construção lógica do assunto e a redação do texto (GIL, 2002). Estas etapas foram fielmente seguidas durante a construção deste trabalho.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada através da busca de informações na bases de dados e bibliotecas especializada em literatura científica como BDEnf, *Lilacs*, *Medline*, *Scielo*, Livros e periódicos de referência para o tema em questão em bibliotecas, sendo considerados os últimos vinte anos de publicação.

3.3 FONTE DE DADOS

Para obter as informações, foi realizado um levantamento das obras na biblioteca da Escola de Enfermagem, Escola de Farmácia e Escola de Medicina da UFRGS/FFFCMPA e nos estudos publicados nas bases de dados Adolec, Medline, Lilacs e Wholis, no período compreendido de 1988 a 2008. Os descritores utilizados na busca do material foram psicossomática, mente, corpo, eutress, e distress. Os critérios de inclusão dos artigos no trabalho foram: estarem relacionados ao estresse e/ou a doença psicossomática, sendo selecionados para fazer parte do estudo todos os trabalhos que trouxeram pesquisas sobre os mecanismos psicológicos e bioquímicos do “stress” desencadeador de doenças, assim como os que traziam

evolução história dos conceitos de psicossomática, stress, doença, saúde mente e corpo e alternativas de tratamento, que enriqueceram a pesquisa. Foram excluídos os artigos de conteúdo similares e os de pouco aprofundamento da temática.

3.4 COLETA DE DADOS

Contou com 4 etapas:

a) Leitura exploratória: leitura rápida que identificou se a obra consultada era de interesse para o trabalho. A leitura exploratória fez-se mediante: “exame da folha de rosto, dos índices da bibliografia e das notas de rodapé” bem como da “introdução, do prefácio (quando houver), das conclusões e mesmo das orelhas dos livros”. Com estes elementos tem-se uma visão geral da obra e da sua utilidade à pesquisa (GIL, 2002 p. 77).

b) Leitura seletiva: houve determinação do material que realmente interessava à pesquisa. Para tanto, é necessário ter em mente os objetivos da pesquisa, de forma que se evite a leitura de textos que não contribuam para a solução do problema proposto” (GIL, 2002 p.78).

c) Leitura analítica: Segundo Gil (2002 p. 78) a leitura analítica é realizada baseando-se nos textos selecionados, “embora possa ocorrer a necessidade de adição de novos textos e a supressão de outros tantos” o pesquisador deve analisá-los como se fossem de caráter definitivo. Tem por finalidade “ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa”. Para Gil (2002) a leitura analítica adequada passa pelos seguintes momentos: leitura integral da obra ou do texto selecionado, identificação das idéias-chaves, hierarquização das idéias e por fim a sintetização das idéias.

c) Leitura interpretativa: houve relação das afirmativas do autor com o problema em estudo. Conforme Gil (2002, p.79), “na leitura interpretativa procura-se conferir significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica”. Para Gil (2002 p.79) “esta constitui a última etapa do processo de leitura das fontes bibliográficas”, considerada a mais complexa, pois “tem por objetivo relacionar o que

o autor afirma com o problema para o qual se propõe uma solução”. Segundo o mesmo autor o que é comum

“[...] ocorrer com pesquisadores pouco experientes é a interpretação ser feita com base em posições pessoais, conferindo ao trabalho caráter subjetivo, terminando por comprometer sua validade científica” (GIL, 2002 p. 79).

Para evitar isto, faz-se “necessário que a interpretação se faça pela ligação dos dados com conhecimentos significativos, originados de pesquisas empíricas ou de teorias comprovadas” (GIL, 2002 p. 79-80).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi feita através de leitura do material escolhido para a pesquisa, com posterior comparação desses dados. Os dados referentes à Psicossomática e a Teoria do “Stress”, os mecanismos desencadeadores e as principais doenças relacionadas ao stress obtidas pela coleta de dados foram analisados, discutidos, ordenados e classificados sistematicamente. Por fim, foi realizada uma investigação da atuação da enfermagem hoje e de um possível modelo de tratamento pré-existente, a fim de se poder visualizar, nesse contexto, a inserção da enfermagem, conforme o objetivo do estudo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS.

Os dados utilizados na realização desta pesquisa, visando manter os aspectos éticos, serão devidamente referenciados no final do trabalho, conforme o recomendado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Os direitos autorais serão preservados de acordo com a lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, teve como tema a doença psicossomática e o “stress”, e ficou claro que a Psicossomática é uma das mais fecundas áreas de interface para o desenvolvimento da pesquisa sobre o fenômeno humano. a humanidade, ao longo dos séculos, vem mudando as formas de pensar a saúde-doença mente e corpo. Atualmente, a visão psicossomática já conquistou um espaço importante entre as práticas médicas. Entendemos que toda doença, em sua gênese, deva ser considerada como sendo psicossomática.

O corpo e a mente interpenetram-se. Não há processos puramente orgânicos e nem unicamente mentais. Embora se devam respeitar as especificidades dos registros, havendo assim uma esfera biológica, uma esfera físico-química, dimensões simbólicas organizadas por esferas sociais e culturais, e uma esfera própria ao psiquismo, há, contudo, uma continuidade no fenômeno humano. o meio social relata que as diferentes situações de oposição da vida comum constituem autêntico estado de conflito, provocando tensões progressivas. O limiar de aceitação dessas tensões é específico para cada pessoa. Quando essa capacidade defensiva de elaboração do processo mental se esgota, as cargas psíquicas transbordam, desaguando no corpo.

Os efeitos do estresse e seu mecanismo de adaptação, porém, são ainda mais amplos e envolvem uma complicada rede de interações entre o sistema nervoso central e o resto do corpo.

Ao longo deste trabalho foram analisados mais de 85 trabalhos, sendo selecionados apenas os satisfaziam os critérios de inclusão. Em todos os trabalhos houve uma predominância, entre os entrevistados, do sexo feminino, com uma faixa etária entre 20 e 80 anos.

Durante este trabalho percebi que na literatura há uma preocupação maior com o “stress” ocupacionais do que relacionados com pacientes portadores de doenças. Também são contemplados artigos científicos da área médica sobre mais arrojados que se arriscam a interpretar a “fala” do corpo biológico, sempre á claro preservando a coerência e confiabilidade do material.

No início da pesquisa não tinha idéia da gama de doenças, inclusive crônicas que o stress pode causar, ao ler os referenciais teóricos selecionados verifiquei que não existe limite para o “soma” gritar por socorro, pois patologias antes tidas como hereditárias passaram a serem chamadas de pré-disponíveis. A esse termo confere a abrangência multifatorial e não somente o fator genético. Foi possível determinar que as patologias mais freqüentes, nas consultas aos somatizadores, que são:

a) Crônicas: diabetes, Insuficiência cardíaca, câncer, circulatórios, problemas de pele.

b) Agudas: pressão sanguínea alterada, infecções, alergias, gastrites, gastrenterites, enxaquecas.

c) Ocupacionais: cardiovasculares, musculares e mentais do estresse associado às condições de trabalho.

Não existe a número um, existe um empate de algumas dessas patologias.

Além dos aspectos físicos, os aspectos psicossociais envolvidos em qualquer estado de desequilíbrio orgânico necessitam ser incluídos no tratamento. Dentre as possibilidades que podem contribuir para a complementação da abordagem desses pacientes está o processo psicoterapêutico que permite oferecer uma visão mais abrangente do processo de saúde e doença. Com o enfoque mente e corpo ampliam-se as possibilidades de tratamento oferecidas até então no sistema convencional de saúde

De acordo com a autora, durante a vida de profissional técnico, em um Hospital da Rede Pública, observou um número muito significativo de pacientes que desembocavam na emergência com dor de grande intensidade em local específico. Após os exames diagnósticos, não era verificada nenhuma anormalidade. As dores seguiam intensas, sendo obrigados, os pacientes, a uma intervenção cirúrgica exploratória. Sem sucesso diagnóstico, as chamadas cirurgias “brancas”. Abre e fecha e a dor cessa. O paciente pergunta: -“O que eu tinha?” O cirurgião, sem graça, responde:-“Não consegui saber”. A autora sempre se perguntou: -“De onde vem essas dores?” , “Para onde vão?” , “Porque tantas queixas?” , “O que o paciente está querendo dizer com tanta dor?

Concluo com todo material lido que os pacientes somatizadores são desproporcionalmente mais freqüentes que os serviços especializados no seu atendimento em nosso meio. São sabidamente de difícil manejo, requerendo preparo técnico específico dos profissionais que os atendem. Para esse fim, deve estar disponível um serviço que se proponha a desenvolver modelos de atendimento aos somatizadores, vinculado aos cuidados individualizados e multidisciplinar. E o enfermeiro deve inserir-se neste contexto como o agente do cuidado, responsável na realização do fazer acontecer, estimulando o sujeito à consciência de sua realidade psico-corporal, tornando-o participativo na busca de seu caminho na promoção da saúde. A psicossomática se faz necessária em nossa prática, uma vez que esta aborda as dimensões objetivas e subjetivas do cliente, que são aspectos primordiais na sistematização dos cuidados de enfermagem.

A importância de um atendimento mais abrangente, interdisciplinar para os pacientes que desenvolveram uma doença crônica, destaca-se como essencial para a promoção de saúde dentro de um modelo integrativo. A visão global de um ser humano exige que diferentes abordagens adaptem-se para produzir um entendimento mais completo da dinâmica interna e externa do paciente, que necessita não de intervenções isoladas e fragmentadas, mas sim de diferentes ações voltadas para um mesmo objetivo: a busca por um estado de saúde integral dentro das possibilidades individuais e coletivas

É provável que, em pouco tempo, conceitos que hoje nem conhecemos se tornem verdades. Não há uma verdade absoluta, ao abordamos a ciência e a arte de lidar com a saúde e doença, a mente e o corpo. O objetivo deste trajeto é uma melhor compreensão desta complexidade e possibilidade de desenvolvimento tecnológico e humano que permita diminuir o sofrimento desses indivíduos.

Ao expor de forma sistematizada estas informações este trabalho veio possibilitar a elaboração e a organização de dados para futuras pesquisas a fins, almejando que as questões sobre as doenças psicossomáticas relacionadas ao “stress”, principalmente à respeito da enfermagem como atuante, deixem de ser mantidos à distância, constituindo uma lacuna na formação acadêmica, e adquiram, sob um olhar, mais bem informado, uma significação especial, de maneira que na hora em que nos deparamos com o incompreensível, o qual não sabíamos como lidar, passando a ser o decifrável e, conseqüentemente facilmente tratado.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANDREWS, S. **“Stress” a seu favor**. São Paulo: Agora, 2003.

ANTONIAZZI, A.; DELL’AGLIO; D. E BANDEIRA, D. O conceito de “coping”: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, 3 (2), p. 273-294, 1998.

ABNT. **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS**. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/264464/NORMAS-ABNT-2007>>. Acesso em: 14 jun. 2008.

ÁVILA, L.A., A Alma, o corpo e a Psicanálise In: **Psicologia – Ciência e Profissão**, Brasília: ed. CFP, 1997,17 (3), p. 35-39.

BELAR, C. D. Clinical Health Psychology: A specialty for the 21st century. **Health Psychology**, 16(5), p. 411-416, 1997.

BOMBANA, J. A; LEITE, A.L. e MIRANDA, C. T. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.22, n.4, p.180-184,dec. 2000.

_____, DUARTE C.S. Somatizadores: a possibilidade de uma abordagem grupal. **Percursos-Revista de Psicanálise**, n.19, p. 65-72, 1997.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, pp. 15-30.

BRASIL. Lei Federal nº 9.610 de fevereiro de 1998. Direitos Autorais. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9610.htm>>. Acesso em: 26 set. 2007.

CALDER, R. **O homem e a medicina: história da arte e da ciência de curar**. São Paulo: Boa Leitura, 1970.

CASTELLI, A.; SILVA, M. J. P. "Do this, do that, but I'm falling down...": understanding Chron's disease. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 11 Jun. 2008.

CASTRO, M. G.; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da História. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 11 Nov 2007.

CATALDO, M. Hipocondria: revisão. **Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, n. 13(3), p.185-90, 1991.

CAPISANO, H.F. Somatização Crônica In: Revista Brasileira de Medicina Psicossomática, Rio de Janeiro: 1997, n. 1(2).

DAMÁSIO, A. **Em busca de Espinosa**: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à Psicologia**. São Paulo: Makron Books, 2001.

DEJOURS C. **A loucura do Trabalho**: Estudo da psicologia do Trabalho. 3ª.edição. São Paulo: Oboré, 1988.

_____. **Repressão e subversão em psicossomática**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, 147 p.

_____. **O corpo entre a biologia e a psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 183 p.

DESCARTES, R. **Discurso sobre o método**. 9ª ed. São Paulo: Hemus, 2000. (Original publicado em 1637)

DSMII-DSMIII-DSMIII-R-DSMIV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais**, 2ª,3ª,4ª Ed. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php> Acesso em: 14/06/2008.

DSMIV-TR. **Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais – Texto Revisto**.4ª Edição.Série DSM, 2002, 900 p.

FERRAZ, F. Além do cartesianismo, doenças psicossomáticas questionam a divisão entre corpo e mente. **Scientific American**, p.17 e 19, 2004.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. **Stress appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

FRANÇA, A. C. L; RODRIGUES, A. L. "**Stress**" e trabalho: uma abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 2002.

FREUD, S. "**Inibições, Sintoma e Angústia**" ESB vol. XXV, 1925.

GAUER, G.; ROCHA, L.; MÜHLEN, C. Desordem depressiva maior e atividades das células "Natural Killer". **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. n.14(3), p.169-172, set/dez. 1992.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 175 p, 2002.

GUYATT G.H.; VAN ZATHEN SJOV; FEENY D.H.; PATRICK DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. **Can Med Assoc J**, n.140(15), p.1441-8, 1989.

HAYNAL, A.; PASINI, W.; e ARCHINARD, M. **Medicina psicossomática: perspectivas psicossociais**. 3ª ed. Lisboa: Climepsi, 1998.

HAYNAL, A.; PASINI, W. **Manual de Medicina psicossomática**. São Paulo: Masson, 1993..

HINSIE, L.E.; CAMPBELL R.J. **Psychiatric Dictionary**. 3ª ed. New York: Oxford University Press, 1960.

IRVINE E.J. Quality of life: rationale and methods for developing a disease - specific instrument for inflammatory bowel disease. **Scand J Gastroenterol Suppl**. n.199, p. 22-9, 1993.

KAPLAN, S.G. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KIMYAI-ASADI; USMAN, A. The role of psychological stress in skin disease. **Journal of Cutaneous Medicine and Surgery**, n.5 (2), p. 140-147, 2001.

LAMAS R.; TEIXEIRA, E.R. **A transdisciplinaridade da Saúde**. Goiânia:2005.
Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/392.htm>.
Acesso em: 11 jun. 2008.

LIPOWSKI, Z.J. What does the word ' psychosomatic' really mean? **A historical and semantic inquiry Psychosomatic Medicine**, n. 46 (2), p.153-171, 1984.

_____. Somatization: the concept and its clinical application. **Am J Psych**, n. 145, p.1358-68, 1988.

LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de “stress” para adultos de Lipp**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MARQUES, G. **O que é Psiconeuroimunologia**, 2000. Disponível em:
<<http://www.napacan.com.é/educando/psiconeuroimunologia>. Acesso em 02 out. 2007.

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____; M'UZAN, M. "O pensamento Operatório". **Rev. Bras. Psicanál**, n..28(1), p.165-174, 1994.

Mc DOUGALL, J. **Teatros do Corpo – O Psicossoma em Psicanálise**. São Paulo: ed. Martins fontes, 1991.

_____. "Corpo e linguagem. Da linguagem do soma às palavras da mente". **Rev.Bras. Psicanál**, n..28(1), p.75-98, 1994.

MELLO, J.B. Trabalho apresentado na II Jornada Goiana de Psicanálise. **Revista ALTER**, Brasília, mai. 1998. Disponível em: <<http://www.aetern.us/modules>. Acesso em 30 out. 2007.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

_____. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MOOS, R. Life stressors and coping resources influence health and well-being. **Psychological Assessment**, n. 4 (2), p.133-158, 1998 .

NEMIAH, J. A psychodynamic view of psychosomatic medicine. **Psychosoméd**, n. 62, p. 299-303, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PERESTRELO, D. **A medicina da pessoa**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1974.

PINTO, K.O. **Personalidade e qualidade de vida em portadores de doenças inflamatórias intestinais**: subsídios para avaliação de paciente crônico em coloproctologia (dissertação). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; São Paulo, 2001.

RAMOS, D. **A psique do corpo**. São Paulo: Summus, 1994.

RAYCHAUDHURI , S. P; FABER E. M. Neuroimmunologic aspects of psoriasis. *Cutis*, **REV. BRAS. PSIQUIATRIA** , n. 66, p. 1-8, 2000.

RIBEIRO, R. R. M. **Saúde Mental**: Dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: E.P.U, 1996.

RIGATELLI, M.; FERRARI, S. Psychiatry and Psychosomatic Medicine are separated disciplines? **International Congress Derives**, n. 1241, p. 221-227, 2002.

SAMI-ALI. **Pensar o somático-imaginário e patologia**. São Paulo: casa do Psicólogo, 1995, 168 p.

SANTOS Filho O.C. Psicanálise do “paciente psicossomático”. **Rev Bras Psicanal**, n. 28(1), p.111-28, 1994.

SELLTIZ, C. **Método de Pesquisas nas Relações Sociais**. São Paulo: Ed. Herder, 1967.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956.

SIEGEL, Bernie S. **Amor, medicina e milagres**. São Paulo: Ed. Best Seller, 1998, 291 p.

SILVA, J.D.T.; MÜLLER, M.C., **Estudos de Psicologia**. Campinas, n. 24(2), p. 247-256, abril/junho. 2007.

TAUSK, F.; NOUSARI, H. Stress and the skin. **Archives of Dermatology**, n. 137 (1), p. 16-22, 2001.

TOMAZELLI, E. **Corpo e Conhecimento: Uma visão psicanalítica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

URSIN, H. Psychosomatic medicine: State of the art. **Annals of medicine**, n. 32(5), p. 323-328, Jul, 2000.

WEISS, E.; ENGLISH, O.S. **Medicina Psicossomática: Aplicação de Psicopatologia ao problemas da Clínica Geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1946.

VASCONCELLOS, E. G. **Tópicos de psiconeuroimunologia**. São Paulo: Ipê Editorial, 1998.

VOLICH, RUBENS; M., FLÁVIO C. FERRAZ; ARANTES, M..A. "**Psicossoma II - Psicossomática psicanalítica**". São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

_____. **Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

ZORZETTO, R.; MUNHOZ, C.D.; SCAVONE, C.; SAPOLSKI, R.; AVELAR, M.C.W.; GLEZER, I. Viver é muito Perigoso: Estresse prolongado intensifica inflamação cerebral ligado à morte de neurônios. **Revista de Pesquisa Tapesp**, São Paulo, n. 129, 2006.