

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE
PACIENTES COM QUADROS DE SOMATIZAÇÃO NO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

GABRIELE HONSCHA GOMES

Porto Alegre
Dezembro de 2021

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

**PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO DE
PACIENTES COM QUADROS DE SOMATIZAÇÃO NO SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Integrada Multiprofissional em Saúde do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como
requisito para obtenção do título de
Especialista

GABRIELE HONSCHA GOMES

Orientadora: Simone Scremin

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Gomes, Gabriele Honscha
PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE SOBRE O
ATENDIMENTO DE PACIENTES COM QUADROS DE SOMATIZAÇÃO NO
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR / Gabriele Honscha
Gomes. -- 2022.
53 f.
Orientadora: Simone Medianeira Scremin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Multiprofissional
em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Transtorno de Somatização. 2. Serviço Hospitalar
de Emergência. 3. Assistência Integral à Saúde. I.
Scremin, Simone Medianeira, orient. II. Título.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
Apresentação do tema	5
Justificativa	6
REVISÃO DA LITERATURA	7
A psicossomática e a somatização	7
A psicanálise	8
Somatização no contexto da saúde	9
O profissional de saúde	11
OBJETIVOS	14
Objetivo geral	14
Objetivos específicos	14
RESULTADOS	16
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A	43
ANEXO A	45
ANEXO B	50

1. INTRODUÇÃO

1.1. Apresentação do tema

A conceituação da psicossomática parte de uma perspectiva multidisciplinar, na qual os processos de saúde e doenças são considerados indissociáveis do contexto biopsicossocial do sujeito (MELLO FILHO, 2010). Alexander (1989), principal teorizador da Medicina Psicossomática, identificou que todo processo de adoecer é, em maior ou menor parte, determinado por fatores psicossociais e, portanto, psicossomáticos. Diferencia-se assim, o conceito de psicossomática do conceito de somatização, que é definido por Lipowski (1988) como sintomas físicos que não são justificados por achados anatomoclínicos e são associados a possível presença de sofrimento emocional e/ou transtornos mentais.

Construindo um amparo teórico para pensar sobre essa temática, a teoria psicanalítica se constrói, inicialmente, a partir do estudo de pacientes com quadros denominados por Freud como quadros histéricos. Esses conceitos, no entanto, não versam sobre pacientes com as mesmas características, já que a histeria consiste em uma expressão simbólica do conflito psíquico ao passo que a somatização não é uma tentativa de expressão simbólica, mas uma expressão direta no corpo sem atravessar um processo de elaboração psíquica (RODRIGUES; CAMPOS; PARDINI, 2020). No cenário da somatização, observa-se esse transbordamento no corpo de um conflito psíquico que não encontra escoamento via psiquismo. Esse processo, ocorrendo de forma crônica, dá origem aos quadros de somatização (VALENTE; RODRIGUES, 2020).

Pacientes que apresentam esse funcionamento e essas características, se ocupam em buscas por tratamentos médicos e explicações orgânicas para os sintomas percebidos, o que faz com que sejam visitantes frequentes de Serviços de Emergência Hospitalares (VALENTE; RODRIGUES, 2020). Ao mesmo tempo que é um espaço muito buscado por essa população, esses pacientes não são vistos como importantes pelos profissionais de saúde atuantes nesses espaços (LUCCIA; LUCCIA, 2011). Discute-se, a partir de questões levantadas acerca destes atendimentos e desta temática, como o modelo biomédico mostra-se ineficaz para a compreensão desses quadros e as lacunas existentes na formação de profissionais

da saúde, resultando em sentimentos de despreparo ao se verem diante destas demandas (ALVES; LIMA, 2016; LUCCIA; LUCCIA, 2011; PAULON et al, 2012; YON et al, 2015).

1.2. Justificativa

Os serviços de emergência são conhecidos por sua superlotação e segundo Avanzi e Silva (2005) em pesquisa sobre os diagnósticos mais frequentes em um Serviço de Emergência adulto, muitos dos casos que sobrecarregam o serviço de nível terciário são quadros clínicos que deveriam ser atendidos na rede primária de atenção à saúde. Dentro dos quadros apresentados por pacientes hiper utilizadores do serviço de emergência, Acosta e Lima (2013) descrevem que dentro das comorbidades encontradas, está o transtorno somatoforme e somatização.

A partir da revisão de literatura e atuação na prática, observa-se que os profissionais no geral apresentam dificuldades para manejar quadros de somatização e que essa dificuldade culmina em sentimentos negativos no profissional e um rechaço a esses pacientes. Na literatura produzida acerca desse contexto, encontram-se poucos estudos que abordam a percepção de profissionais da equipe multiprofissional de serviços de emergência sobre o atendimento a esses pacientes, sendo os estudos mais focados na percepção médica. O objetivo deste trabalho, portanto, consiste em investigar a percepção de profissionais atuantes no serviço de emergência a respeito do atendimento de pacientes com quadros de somatização. Essa compreensão permitirá refletir e melhor compreender a realidade vivenciada e poderá auxiliar no desenvolvimento de programas de educação e formação, que busquem proporcionar uma melhor assistência a esses pacientes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. A psicossomática e a somatização

A psicossomática consiste em uma abordagem que busca investigar de forma integrada os aspectos orgânicos e psíquicos que envolvem o adoecer (ALEXANDER, 1989). Segundo o autor, principal teorizador sobre a medicina psicossomática, a multiplicidade de causas e inter-relação de fatores biopsicossociais na constituição dos processos de todas as doenças invalida o uso da terminologia “doenças psicossomáticas” para quadros específicos. Alexander (1989) entende que todas as doenças são, em maior ou menor parte, psicossomáticas e devem ser investigadas a partir dessa perspectiva. Toma-se essa abordagem integrada a partir da concepção de quebra do modelo biomédico, unicausal e linear ainda muito utilizado nas formações em saúde e o qual se entende como não suficiente para explicar a complexidade dos processos de saúde e doença (EKSTERMAN, 2010; VIEIRA; MACÊDO, 2019).

Considerando a perspectiva de que todas as doenças são psicossomáticas, é necessário compreender que em muitas delas existem de fato lesões e alterações anatomoclínicas conhecidas que explicam os sintomas - como nas úlceras, artrite reumatoide, hipertireoidismo e hipertensão arterial, por exemplo (ALEXANDER, 1989). O conceito de somatização caracteriza com maior propriedade os chamados “sintomas sem explicação médica”, definido por Lipowski (1988) como aqueles sintomas que não apresentam alterações anatomoclínicas que os justifiquem e são associados a sofrimento emocional e/ou transtornos mentais.

Junto da característica de não apresentarem alterações anatomoclínicas, a forma como o sujeito nomeia e compreende seu sintoma é também parte da estrutura do conceito, no qual observa-se uma preocupação frente uma potencial ameaça à vida e um padrão e frequência importantes na busca por cuidados médicos (VIEIRA; MACÊDO, 2019). É importante assinalar que esses sintomas não são intencionais e são vivenciados como reais pelo sujeito.

Existem divergências e um extenso histórico do desenvolvimento das terminologias envolvendo psicossomática, transtornos de somatização e sintomas

sem explicação médica. Tófoli (2008) reflete que a principal característica que une essas diversas terminologias é a impossibilidade de explicação somática e orgânica como justificativa para os sintomas relatados. É possível acompanhar a forma como esses conceitos se desenvolveram ao longo dos anos, contudo, como este não é o objetivo deste trabalho, será feita apenas uma constatação de qual terminologia será utilizada para esta pesquisa e como está será compreendida.

Para fins desta pesquisa, o conceito de transtorno de somatização será compreendido como distinto do conceito de psicossomática, devido às discussões previamente assinaladas. Transtorno de somatização e Transtorno somatoforme serão compreendidos como sinônimos e será utilizado a definição de Lipowski (1988), supracitada. A compreensão etiológica e mecanismos de funcionamento e manutenção do quadro será a partir da perspectiva psicanalítica, descrita no próximo tópico.

2.2. A psicanálise

A teoria psicanalítica tem papel importante no histórico de desenvolvimento e compreensão desta temática, principalmente com a teorização de Freud sobre as histerias conversivas. Existem diferenças significativas entre os conceitos de histeria e somatização, ainda que na prática sejam muito associados. Enquanto a histeria consiste em uma expressão simbólica do conflito psíquico, a somatização não é uma tentativa de expressão, mas sim, por si só, a expressão deste conflito (RODRIGUES; CAMPOS; PARDINI, 2020).

Cardoso e Paraboni (2010) discorrem sobre como essa descarga de excitação no corpo físico se dá de modo bruto, sem que esses afetos possam ser representados e simbolizados psiquicamente e sem atravessar um processo de elaboração. Diferenciando a apresentação histórica da apresentação da somatização, Lanius (2020) disserta sobre como o sintoma somático não parte de uma conversão de angústia em sintoma, mas é resultado de um afeto que não encontra representação e é expresso por uma via direta no corpo, rompendo a cadeia simbólica de significantes e não trazendo a percepção de angústia. Ou seja, quando o conflito psíquico e o tensionamento decorrente não encontram escoamento via psiquismo, ocorre um transbordamento e escoamento por meio do corpo. Esse processo,

ocorrendo de forma crônica, dá origem aos quadros de somatização (VALENTE; RODRIGUES, 2020).

Existem divergências no campo psicanalítico a respeito da natureza deste fenômeno, contudo, pode-se perceber um consenso a respeito de características apresentadas por sujeitos com esse funcionamento, como a incapacidade de simbolização, bem como a falta de afetividade, ausência de vida onírica e fantasmática, concretude de pensamentos e estilo de vida pragmático (GALDI; CAMPOS, 2017). Autores psicanalíticos mais contemporâneos trazem conceitos e perspectivas interessantes para refletir sobre essa temática, como Joyce McDougall e Christophe Dejours.

McDougall [1989]/(2008) corrobora a ideia de que esses fenômenos têm em seu centro uma função defensiva, evitando que o sujeito entre em contato com um sofrimento que ultrapasse a sua capacidade de manejo por meio das defesas psíquicas habituais. A autora traz o conceito de desafetação no qual o prefixo des- indica uma separação entre sujeito e afeto, mostrando que o sujeito nesses casos está psiquicamente separado das suas emoções como forma de se proteger. O que corrobora com a descrição de Lanius (2020) de que o sintoma somático faz com que o sujeito não sinta angústia ou sofrimento. Dejours [2003]/(2019) indica também que existiria essa impossibilidade de expressar o conflito intrapsíquico, mas delimita que essa dificuldade seria principalmente em referência a expressões de cunho mais agressivo e hostil. Nesse caso, a operação seguinte acabaria sendo o redirecionamento das moções agressivas para o próprio sujeito em forma de sintomas somáticos.

2.3. Somatização no contexto da saúde

Unindo a conceituação de somatização e os pressupostos descritos por Alexander (1989) que definem a psicossomática, é possível discutir que o ser humano, seu comportamento e processos de doença devem ser avaliados dentro de um contexto histórico e sociocultural específico, no qual ele se desenvolve (RODRIGUES; CAMPOS; PARDINI, 2021; TÓFOLI, 2008; ZORZANELLI, 2011). Como exemplo dos diferentes contextos e como alguns podem operar de forma mais ativa no desenvolvimento de sofrimento físico e psíquico, em revisão de literatura sobre a

somatização na América Latina, Tófoli, Andrade e Fortes (2011) concluem que esses sintomas estão associados a fatores sociais, sofrimento psicossocial vinculado a situações de pobreza, baixa escolaridade, condições de trabalho e vivências de violência.

A somatização é entendida, então, como uma comunicação de sofrimento psíquico, na qual o indivíduo encontra o corpo como veículo para a mensagem (FORTES, TÓFOLI & BAPTISTA, 2010). É importante refletir, a partir disso, sobre o porquê o sujeito encontra, inconscientemente, o corpo como única forma de expressão do sofrimento. Stephenson e Price (2006) hipotetizaram que como o foco do profissional de saúde é o sintoma físico, o paciente utiliza desses sintomas para expressar seu sofrimento, compreendendo que são esses sintomas que serão legitimados culturalmente e reconhecidos como reais pelas equipes de saúde. O sintoma somático seria uma resposta a cultura biomédica que reconhece apenas o sintoma físico como real e digno de atenção especializada.

Guedes, Nogueira e Camargo (2006) desenvolvem em artigo intitulado “A subjetividade como anomalia” que a subjetividade do adoecer não é objeto de estudo das ciências médicas, ao passo que existe uma cisão e fragmentação do paciente em sintomas objetivos e sintomas subjetivos, não existindo a promoção de um olhar integral para esse sujeito.

Enquanto essa compreensão fragmentada não torna possível encontrar explicações para esses sintomas e esses acabam sendo denominados por muitos de “sintomas sem explicação médica”, no momento em que se utiliza como ferramenta uma abordagem biopsicossocial, se vê que são possíveis explicações para os sintomas apresentados, sendo essas feitas a partir da compreensão de que fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem para desenvolvimento e manutenção dos quadros de saúde e doença (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010). Rodrigues, Campos e Pardini (2020) discutem que tomar as disciplinas e campos de saber isolados acaba se mostrando falho na compreensão das complexas relações presentes nos processos de adoecimento. Os autores ainda frisam que não se deve utilizar a terminologia da psicossomática em relações de causalidade, justamente porque esses processos são complexos e multicausais.

Canesqui (2018) ao discorrer sobre como alguns sofrimentos são legitimados socialmente e outros não, refere que esses indivíduos utilizam de estratégias para comprovar ao outro a sua dor e seu sofrimento. Essas estratégias são parte importante nas características do paciente somatizador, pois são pacientes que se implicam em buscas por comprovações orgânicas do adoecer, a partir da realização de múltiplos exames e consultas médicas, buscando reconhecimento e legitimidade de um “papal de doente”. O que se sabe, contudo, é que na maioria das vezes esses pacientes não encontram na equipe de saúde o acolhimento que desejam e partem para uma busca contínua de outro profissional que possa responder da forma que espera, fenômeno conhecido por *doctor-shopping* (ALVES; LIMA, 2016; FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010; STEPHENSON; PRICE, 2006).

Os Serviços de Emergência são conhecidos pela sua superlotação, sobrecarga de demandas de trabalho e a presença de pacientes intitulados como hiper utilizadores, que comparecem diversas vezes ao mesmo serviço com queixas semelhantes (ACOSTA; LIMA, 2013). Dentro dos quadros apresentados por esses pacientes hiper utilizadores, Acosta e Lima (2013) descrevem encontrar os transtornos somatoforme e de somatização. Já em relação a superlotação, Avanzi e Silva (2005) indica que muitos dos casos que sobrecarregam o serviço de alta complexidade são situações que poderiam ser atendidas pela rede de atenção primária. Kraemer (2013), em pesquisa sobre usuários não urgentes de Serviços de Emergência, assinala que mesmo que esses espaços não tenham como objetivo assistência em saúde mental, observa-se grande frequência de pacientes com transtornos psiquiátricos e esses, em sua maioria, consistem em usuários com demandas não urgentes. Em estudos de Casarotto et al. (2012) e Freire et al. (2015) sobre os motivos que levam um sujeito a Serviços de Emergência, é abordado a complexidade e multiplicidade de fatores que fazem com que essa busca por atendimento seja feita, como a sensação de gravidade do sintoma, tecnologias disponíveis, resolutividade, acolhida, condições de acesso e agilidade no atendimento.

2.4. O profissional de saúde

Estudos apontam a dificuldade do profissional médico frente a pacientes com quadros de somatização e como a percepção sobre o atendimento a estes pacientes é definida em termos de sensação de despreparo, medo, desamparo e

angústia (ALVES; LIMA, 2016; LUCCIA; LUCCIA, 2011; PAULON et al, 2012; WARNER et al, 2017; YON et al, 2015). Essa percepção de despreparo indica a existência de uma educação fortemente voltada para aspectos biomédicos, orgânicos e concretos, quando se sabe que o modelo biomédico não é suficiente para compreensão de um ser humano em toda sua complexidade (PAULON et al., 2012).

Stephenson e Price (2006) descrevem que há três formas pelas quais os profissionais explicam aos pacientes e manejam esses atendimentos, sendo essas a rejeição (sentimentos são negados e ilegítimos), o conluio (o médico apenas concorda com as crenças do paciente) e empoderamento (é dada uma explicação psicofisiológica, o paciente não é culpado e é oferecido um encaminhamento para profissional que possa ajudá-lo de forma mais adequada). Esses mesmos autores relatam uma possibilidade de protocolo de explicação que é considerada eficaz com esses pacientes, denominada reatribuição, onde inicialmente o paciente é acolhido e seu problema validado, mostra-se que suas queixas são levadas a sério e deve-se deixar o paciente falar livremente sobre aspectos do seu cotidiano. Em seguida, recomenda-se que o profissional amplie a avaliação contemplando aspectos emocionais e sociais e por fim, deve-se sugerir uma ligação entre os sintomas físicos e o sofrimento emocional, fazendo os encaminhamentos necessários.

Em relação a formas de manejo, tanto o trabalho de Warner et al. (2017) quanto Yon et al. (2015) indicam que os profissionais entrevistados não haviam recebido treinamento formal em relação à abordagem destes casos, ainda que fossem casos vistos com certa frequência no âmbito do trabalho. Os autores exemplificam que a maior parte dos profissionais médicos haviam aprendido por meio da observação de profissionais mais experientes ou por meio de tentativa e erro individuais.

É relevante discutir a relação médico-paciente, pois esta tem influência na geração e manutenção dos sintomas físicos “inexplicáveis” (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010). Esses autores citados demonstram a partir de uma revisão de estudos que os pacientes com queixas somáticas apresentaram durante suas consultas diversas falas que indicavam sofrimento emocional, contudo, essas não eram acolhidas e reconhecidas pelo profissional. O estudo de Paulon et al. (2012) traz

o conceito de “foco míope” que é relevante para se pensar essa desatenção do profissional, referindo que quando o objetivo do atendimento em Serviços de Emergência é o sintoma orgânico e este é o considerado real, tudo aquilo que está para além é visto como algo externo à função do profissional.

Pensando no contexto do atendimento em emergências, Luccia e Luccia (2011) discutem que esses pacientes não são vistos como importantes pelas equipes emergencistas e a falta de tempo é utilizada como explicação pelos profissionais sobre o motivo pelo qual não conseguem prestar uma assistência empática a esses pacientes. Contudo, os autores trazem que a dificuldade não se situaria na questão do tempo, mas sim na forma como os profissionais de saúde foram ensinados a pensar o adoecer e quais são suas possibilidades de intervenção.

Não considerando os aspectos psicossociais como objeto de cuidado, o profissional não se vê como figura que têm poder de legitimar e reconhecer o sofrimento do paciente, auxiliando-o a buscar assistência adequada e evitando assim, que o paciente se torne um hiper utilizador do serviço de emergência de forma desnecessária (FORTES; TÓFOLI; BAPTISTA, 2010; VIEIRA; MACÊDO, 2019). É importante frisar que a problematização frente o modelo explicativo vigente utilizado na prática em saúde, não significa considerar que o atendimento emergencial rápido e eficaz não deve ter como foco no corpo físico adoecido que emerge como objeto do cuidado nesses momentos, mas sim, refletir sobre o corpo físico ser visto como único objeto do cuidado (PAULON et al., 2012).

Alves e Lima (2016) ressaltam a importância de considerar que o paciente também é fruto desta cultura biomédica, portanto, ele também tem uma expectativa de que o médico irá encontrar uma causa física para seu sofrimento, que será medicado de acordo e o sintoma será eliminado. Esta problematização e discussão não é uma questão individual de determinados profissionais ou determinadas categorias profissionais, mas sim uma problemática coletiva e social, que deve ser abordada desta forma (PAULON et al., 2012).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Compreender a percepção do (a) profissional de saúde que atua no serviço de emergência sobre o atendimento de casos em que o paciente apresenta características de transtorno de somatização/somatoforme.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever como se dá a abordagem e manejo de casos que apresentam essas características
- Investigar os sentimentos que repercutem nos profissionais que atendem esses pacientes
- Refletir sobre quais são as dificuldades e quais as formas pelas quais os profissionais consideram que a assistência a esses pacientes pode ser melhorada