

## Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura

Vague and diffuse symptoms in biomedicine:  
a review of the literature

Carla Ribeiro Guedes<sup>1</sup>  
Maria Inês Nogueira<sup>1</sup>  
Kenneth Rochel de Camargo Jr.<sup>1</sup>

**Abstract** *The purpose of this study is to chart academic output on vague and diffuse symptoms in biomedicine. As methodological tool, we conducted a bibliographic study through the Internet ranging from 1990 to 2005. Forty papers were selected and five major theme areas were established for the survey: the nomenclatures assigned to vague and diffuse symptoms; their definitions; the relevance of the theme being addressed; the criteria used to diagnose vague and diffuse symptoms; and the therapeutic actions adopted. The discussion of the findings identifies many biomedical difficulties in dealing with sufferers from undefined complaints, including diversity and lack of conceptual precision in the use of the nomenclature; physicians who are poorly prepared to deal with these patients; demand considered as a psychic disorder; difficulties in establishing diagnostic criteria and poor use of treatment resources. This leads to the conclusion that the biomedical model behind these difficulties has few tools for dealing with the singularities of human suffering and its experiential phenomenological dimension.*

**Key words** *Vague and diffuse symptoms, Biomedicine*

**Resumo** *Este estudo tem como objetivo realizar um mapeamento do que vem sendo produzido academicamente sobre sintomas vagos e difusos em biomedicina. Como instrumento metodológico, realizamos um levantamento bibliográfico, abrangendo o período de 1990 a 2005. Foram selecionados quarenta artigos e estabelecidos cinco eixos temáticos para investigação: nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos; definição dos sintomas vagos e difusos; relevância da temática abordada; critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos; e ações terapêuticas adotadas. Na discussão dos resultados, identificamos impasses da biomedicina ao lidar com sofrendores de queixas indefinidas, tais como a diversidade e imprecisão conceitual em relação ao uso das nomenclaturas, o despreparo dos médicos ao se depararem com esses pacientes, a demanda considerada como de ordem psíquica, a dificuldade em estabelecer critérios diagnósticos e a utilização ineficaz de recursos terapêuticos. Como conclusão, constatamos que, subjacente a essas dificuldades, encontra-se um modelo biomédico que possui poucas ferramentas para se deparar com a singularidade do sofrimento humano e com sua dimensão fenomenológica experiencial.*

**Palavras-chave** *Sintomas vagos e difusos, Biomedicina*

<sup>1</sup> Instituto de Medicina Social, UERJ. Rua São Francisco Xavier 524 Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, blocos D e E, Maracanã. 20550-900 Rio de Janeiro RJ. carla.guedes@globo.com

## Introdução

Acompanhamos no final do século XVIII uma ruptura de paradigma no interior do saber e da prática médica; a medicina segundo a conceituação de Foucault<sup>1</sup> torna-se anatomoclínica. Nessa perspectiva, passou-se a pensar a doença como localizada no corpo humano, e a anatomia, até então sem nenhuma função para uma medicina eminentemente erudita, insere-se na prática médica. Assim, o referencial da clínica médica passou a ser a doença e a lesão, isto é, o objetivo do médico é identificar a doença e a sua causa. Basta remover a causa para que haja a cura da doença. Doença e lesão estabelecem uma relação de co-dependência, uma necessita da outra para existir<sup>2</sup>.

Apesar dos progressos também verificados por essa perspectiva, entendemos que esse modelo de medicina baseado preponderantemente no objetivismo trouxe algumas conseqüências e impasses para a prática médica, ao excluir as dimensões subjetivas do adoecimento humano.

Sendo assim, a relação médico-paciente é marcada pelo encontro de duas leituras diversas sobre o adoecimento. Por um lado, o paciente apresenta-se com seus mal-estares e perturbações (*illness*), por outro, o médico trabalha com a categoria de doença (*disease*) oferecida pela biomedicina<sup>3</sup> - denominação utilizada para designar a medicina ocidental devido a sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas. Lidar com o conflito gerado por esses diferentes modelos explicativos tem se mostrado uma tarefa complexa, especialmente no caso de pacientes com queixas dificilmente enquadráveis no modelo biomédico.

Embora haja uma série de definições para os sintomas vagos e difusos em biomedicina, estes são freqüentemente caracterizados pela presença de sintomas físicos sem apresentar uma causalidade explicável por bases empíricas.

Um estudo organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre somatização na atenção primária em quatorze países demonstrou uma grande incidência desse tipo de manifestação<sup>4</sup>. Além disso, a pesquisa revela que essa demanda se configura num problema comum em diferentes culturas, com significantes prejuízos à saúde, constituindo-se numa relevante questão de saúde pública mundial.

Apesar da relevância epidemiológica desses transtornos, as categorias usadas, as definições, os critérios diagnósticos e terapêuticos relacionados a essa questão não parecem sistematizados, mas expostos em diversas publicações cien-

tíficas, cada qual com suas orientações teóricas e metodológicas.

Sendo assim, esse artigo visa realizar um mapeamento do que vem sendo produzido academicamente sobre identificação, critérios diagnósticos e terapêuticos dos sintomas vagos e difusos em biomedicina, tendo como objetivo oferecer uma maior sistematização do campo, ao mesmo tempo em que permita uma maior reflexividade por parte dos profissionais de saúde e pesquisadores sobre o tema.

## Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura em artigos científicos e livros especializados em medicina, abrangendo o período de 1990 a julho de 2005, a fim de identificar as publicações mais recentes sobre a temática. O material para análise foi selecionado a partir de três meios: (1) através de busca direta no site Google; (2) bibliotecas virtuais: biblioteca virtual Scielo, Bibliomed e BVS, com acesso à Lilacs e Medline e (3) através de artigos científicos encontrados em livros da área médica.

Para a produção veiculada eletronicamente, o acesso foi realizado com as seguintes palavras-chave: “sintomas vagos”, “sintomas difusos”, “sintomas inexplicáveis”, “somatização” e as expressões equivalentes em inglês e espanhol. Para a seleção de artigos em livros, os critérios de seleção foram semelhantes, através dos títulos que indicassem as mesmas palavras usadas no acesso eletrônico.

A partir desse levantamento inicial foram selecionados quarenta artigos, que abordam em seus conteúdos temas diretamente relacionados aos propósitos do estudo. Os cinco eixos temáticos escolhidos para a investigação foram: (1) nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos, (2) definição dos sintomas vagos e difusos, (3) relevância da temática abordada, (4) critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos e (5) ações terapêuticas adotadas.

O primeiro eixo temático refere-se às nomenclaturas usadas nos artigos para designar as queixas físicas sem uma causalidade explicável em biomedicina. O segundo tópico diz respeito a como são definidos pelos autores os sintomas vagos e difusos; o terceiro relaciona-se às justificativas dadas nos artigos para a relevância da temática em questão. Por sua vez, o quarto item trata dos critérios apresentados pelos autores para estabelecer um diagnóstico desse tipo de

demanda. Por fim, o quinto eixo aborda as diversas ações terapêuticas recomendadas para o tratamento das queixas vagas e difusas.

Dos quarenta artigos selecionados, trinta foram disponibilizados através da internet (no site de busca Google e bibliotecas virtuais) e dez encontrados em livros da área médica, sendo 33 em inglês, cinco em português e dois em espanhol.

As fontes usadas neste estudo foram: (1) Barsky e Borus<sup>5</sup>; (2) Bombana<sup>6</sup>; (3) Bombana *et al.*<sup>7</sup>; (4) Caixeta *et al.*<sup>8</sup>; (5) Escobar *et al.*<sup>9</sup>; (6) Fabrega<sup>10</sup>; (7) Florenzano *et al.*<sup>11</sup>; (8) Florenzano *et al.*<sup>12</sup>; (9) Ford e Parker<sup>13</sup>; (10) Gureje *et al.*<sup>4</sup>; (11) Hartz *et al.*<sup>14</sup>; (12) Holloway e Zerbe<sup>15</sup>; (13) Hurwitz<sup>16</sup>; (14) Katon *et al.*<sup>17</sup>; (15) Keller e Psych<sup>18</sup>; (16) Kirmayer *et al.*<sup>19</sup>; (17) Kirmayer e Robbins<sup>20</sup>; (18) Kirmayer e Robbins<sup>21</sup>; (19) Kroenk *et al.*<sup>22</sup>; (20) Mai<sup>23</sup>; (21) Margo e Margo<sup>24</sup>; (22) Maynard<sup>25</sup>; (23) Mccahill<sup>26</sup>; (24) Morris *et al.*<sup>27</sup>; (25) Noyes *et al.*<sup>28</sup>; (26) Pennebaker e Watson<sup>29</sup>; (27) Peters *et al.*<sup>30</sup>; (28) Poikolainen *et al.*<sup>31</sup>; (29) Porto<sup>32</sup>; (30) Proença *et al.*<sup>33</sup>; (31) Righter e Sansone<sup>34</sup>; (32) Ritsner *et al.*<sup>35</sup>; (33) Robbins e Kirmayer<sup>36</sup>; (34) Roca<sup>37</sup>; (35) Schilte *et al.*<sup>38</sup>; (36) Servan-Schreiner *et al.*<sup>39</sup>; (37) Servan-Schreiner *et al.*<sup>40</sup>; (38) Simon<sup>41</sup>; (39) Stone *et al.*<sup>42</sup> e (40) Waitzin e Magaña<sup>43</sup>.

A análise dos dados coletados foi feita a partir de uma leitura qualitativa, onde procuramos identificar os temas mais recorrentes relacionados aos eixos temáticos citados acima. Estes foram expostos em cinco tabelas, de forma que o leitor possa ter uma melhor visualização dos principais resultados encontrados.

## Resultados

A seguir, serão apresentados os principais resultados referentes aos eixos temáticos pesquisados, a saber: (1) nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos, (2) definição dos sintomas vagos e difusos, (3) relevância da temática abordada, (4) critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos e (5) ações terapêuticas adotadas.

Quanto às nomeações dadas pelos autores, a nomenclatura “somatização” foi claramente a mais mencionada, aparecendo em 26 artigos, ou seja, 65% dos trabalhos selecionados. Em seguida foi encontrada a nomeação “sintomas inexplicáveis” em sete artigos, que diz respeito à presença de um conjunto de sintomas físicos sem que a biomedicina encontre causas explicáveis em seu modelo para diagnosticá-los e tratá-los. As

ditas síndromes funcionais, mencionadas em quatro artigos, referem-se a uma expressão utilizada pelos autores que designa um problema relacionado ao funcionamento de um órgão sem que haja lesão no mesmo, isto é, trata-se de uma alteração na função e não um comprometimento lesional.

Entendemos que o uso de nomenclaturas como sintomas “inexplicáveis” ou “funcionais” retratam os limites do modelo biomédico em lidar com esse tipo de demanda, uma vez que o primeiro termo expressa explicitamente que os sintomas não são explicáveis a partir dos referenciais dados pela medicina e o último afirma que o problema somente pode referir-se à função, visto que não há nenhuma causalidade que possa explicá-lo a partir dos padrões biomédicos.

Em relação à definição dos sintomas vagos e difusos utilizada pelos autores, foram encontrados dois grupos predominantes: aqueles que incluem os fatores psicossociais como capazes de influenciar os sintomas físicos e aqueles que meramente descrevem o fenômeno.

Em vinte artigos, isto é, em metade dos textos selecionados, há explanações sobre as relações existentes entre a sintomatologia física e aspectos psicológicos e sociais, tal como ilustra a afirmação de Servan-Shreiner, Kolb e Tabas ***persistentes queixas físicas sem que uma explicação fisiológica seja encontrada. Os pacientes experimentam seus sofrimentos emocionais ou dificuldades de vida como***

**Tabela 1.** Nomenclaturas dadas aos sintomas vagos e difusos.

	Nomenclatura	No. de artigos
1	Somatização	26
2	Sintomas inexplicáveis	07
3	Sintomas ou síndromes funcionais	04

**Tabela 2.** Definição dos sintomas vagos e difusos.

	Definição	No. de artigos
1	Definição que inclui fatores psicossociais	20
2	Definição descritiva do fenômeno	10

**um sintoma físico**<sup>39</sup>. Ou, como relata Barsky e Borus, “é mais caracterizado por sintomas, sofrimento e inabilidade do que demonstrável anormalidade no tecido”<sup>5</sup>. Assim, neste grupo a explicação encontrada para estes sintomas está diretamente ligada aos fatores psicossociais.

Em contraposição à essa vertente, foram localizados doze artigos com definições puramente descritivas do fenômeno, como demonstra Florenzano, Fullerton, Acuña e Escalona “sintomas corporais sem causas orgânicas documentáveis”<sup>11</sup>.

Entendemos que o alto índice de definições que incluem os fatores psicossociais – psicológicos, sociais e culturais – explicita a insuficiência da unicausalidade do modelo biomédico para explicar esse tipo de demanda. A inclusão desses outros fatores revela que para esses sintomas serem diagnosticados e tratados convenientemente é preciso explicá-los a partir de outros critérios que extrapolem a causalidade biológica oferecida pela biomedicina.

A justificativa dos autores sobre a relevância de se investigar essa temática recaiu primeiramente na “dificuldade de diagnóstico e tratamento”, citados em dezenove artigos. Em seguida, encontramos “grande procura aos serviços de saúde”, mencionados em dezessete artigos, seguido pelo “sofrimento ou incapacidade gerados nos pacientes” apontado em nove trabalhos, como ilustra o trecho a seguir: **a somatização (sintomas corporais sem causas orgânicas documentadas) é freqüente na prática médica geral, apresentando sintomas físicos múltiplos que geram incapacidade nos pacientes e sobrecarga nos serviços de saúde**<sup>12</sup>. Foram também usados como argumentação expressiva “altos custos nos serviços de saúde” e “alto índice de internações e solicitações de exames”, ambos citados em sete artigos.

A análise desse eixo temático nos mostra os impasses com os quais a biomedicina se depara ao lidar com os sofredores de sintomas vagos e difusos, revelando como os médicos têm dificuldade em responder de forma efetiva a esses pacientes. A partir disso, podemos aventar a hipótese de que, pelo fato das ditas “somatizações” ludibriarem o princípio fundamental da biomedicina, a relação de causalidade entre doença-lesão e seus correspondentes, e pela existência de fatores subjetivos que participam desse processo, os médicos se vêem despreparados para oferecerem soluções eficazes a essa demanda.

Assim, uma das principais formas dos médicos responderem a esses pacientes é através da solicitação de exames e de hospitalizações, como nos demonstram muitos dos artigos investigados.

Contudo, esses instrumentos oferecem resultados insuficientes, causando frustração tanto nos pacientes quanto nos médicos e, além disso, geram altos custos para os serviços de saúde.

O principal critério utilizado pelos autores para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos foi a presença de “sintomas físicos sem causa explicável ou específica” mencionado em quatorze artigos. Em seguida, temos os “sintomas físicos do DSM3/DSM-4” (Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais – 3ª e 4ª edições), citados em oito textos, nos quais Porto esclarece os seus critérios: **sintomas dolorosos (no mínimo 4): por exemplo, cefaléia, dor abdominal, dor nas costas, nas articulações, no peito, dismenorréia, dispareunia, dor miccional; sintomas gastrintestinais (no mínimo 2): por exemplo, náusea, vômitos, sensação de plenitude gástrica, diarreia, intolerância alimentar; sintomas sexuais (no mínimo 1): por exem-**

**Tabela 3.** Relevância da temática abordada.

	Crítérios	No. de artigos
1	Sintomas físicos sem causa explicável ou específica	14
2	Sintomas físicos presentes no DSM 3/ DSM 4	08
3	Presença de algum transtorno psiquiátrico	08
4	Ampliação das sensações corporais	08

**Tabela 4.** Critérios utilizados para o diagnóstico dos sintomas vagos e difusos.

	Relevância do tema	No. de artigos
1	Dificuldade de diagnóstico e tratamento	19
2	Grande procura dos pacientes aos serviços de saúde	17
3	Sufrimento ou incapacidade gerados nos pacientes	09
4	Altos custos para os serviços de saúde	07
5	Alto índice de internações e solicitação de exames	07

*plo, indiferença sexual, impotência funcional, irregularidade menstrual, metrorragia, hiperemese gravídica; sintomas pseudoneurológicos (no mínimo 1): por exemplo, tonturas, paralisias ou fraqueza localizada, dificuldade para deglutir ou globus hystericus, afonia, retenção urinária, anestésias, diplopia, surdez, convulsões, amnésias*<sup>32</sup>. Na mesma proporção, encontramos as categorias “presença de algum transtorno psiquiátrico” (como, por exemplo, depressão, síndrome do pânico, ansiedade e transtorno de personalidade) e “ampliação das sensações corporais”.

Em relação aos critérios diagnósticos utilizados, ressaltamos mais uma vez o alto índice do termo “sintomas inexplicáveis”, demonstrando o quanto demandas como essas encontram-se não explicáveis pelo modelo biomédico. Constatamos também as sérias limitações desse paradigma em estabelecer o diagnóstico desse tipo de sofrimento, reveladas não só através da imprecisa expressão de “sintomas sem causas explicáveis ou específicas” como também da “presença de algum transtorno psiquiátrico” e “ampliação das sensações corporais”.

Com um número expressivo de dezenove artigos encontramos o “encaminhamento a psiquiatras e/ou psicólogos”, ou seja, em 47% dos artigos selecionados a principal estratégia terapêutica foi o encaminhamento psiquiátrico e psicológico. Em seguida, a orientação para que o paciente faça “visitas breves e regulares ao médico” foi mencionada em onze artigos, como nos ilustra o trecho a seguir: “Ele (o plano de tratamento) consiste em visitas ao consultório breves mas regulares (ex. 15 minutos a cada 4 semanas), para que o paciente não precise desenvolver novos sintomas para receber atenção médica”<sup>39</sup>.

O “desvelamento do sentido emocional dos

sintomas” conduzido pelo próprio médico foi mencionado em sete artigos, como ilustram Proença Fortes, Leal e Caldas: “ao clínico compete a função de fazer o paciente perceber a conexão entre os seus sintomas e as suas dificuldades emocionais”<sup>33</sup>. Em sete dos trabalhos pesquisados, encontramos a indicação de “tratamento farmacológico”, tais como antidepressivos e ansiolíticos.

Nesse tópico de análise, nos deparamos com os limites da biomedicina em tratar os sofrimentos das ditas “somatizações”. A ação terapêutica mais citada nos artigos é, na realidade, uma ação de encaminhamento a outros profissionais: o psiquiatra e o psicólogo. A partir disso, entendemos que os médicos não consideram esses pacientes como portadores de doenças físicas, mas sim de transtornos mentais, os quais devem ser tratados por profissionais “psi”. Entretanto, constatamos também que nem todos os médicos utilizam a estratégia do encaminhamento; alguns tentam fazer a conexão dos sintomas físicos com as questões emocionais apresentadas pelo paciente.

A recomendação de visitas regulares e de tratamento farmacológico aparece como uma das principais terapêuticas adotadas pelos médicos; ambas nos parecem tentativas ilusórias de controle dos sintomas, sendo que a segunda revela o caráter biologizante e medicalizante deste paradigma.

## Discussão dos resultados

Através desse estudo nos foi possível identificar alguns impasses da biomedicina ao lidar com pacientes que apresentam queixas vagas e difusas, os chamados “somatizantes”. Podemos destacar a diversidade e a imprecisão conceitual em relação aos usos das nomenclaturas, o despreparo dos médicos ao se depararem com esses pacientes, a demanda considerada como de ordem psíquica, a dificuldade em estabelecer diagnósticos e a utilização ineficaz de recursos terapêuticos. Assim, constatamos problemas estruturais no que diz respeito à conceituação, aos critérios diagnósticos e ao instrumental terapêutico.

Entendemos que subjacente a essas dificuldades encontra-se um modelo biomédico que possui poucas ferramentas para se deparar com a singularidade do sofrimento humano e, sobretudo, com a sua dimensão fenomenológica experiencial. Nas palavras de Castiel<sup>45</sup>: ***Médicos não são educados para lidar com a dimensão do sofrimento embutida nas manifestações oriundas de processos de adoecer traduzidos através dos signos***

**Tabela 5.** Ações terapêuticas adotadas.

	Ações terapêuticas	No. de artigos
1	Encaminhamentos à psiquiatras e/ou psicólogos	19
2	Recomendações de visitas breves e regulares ao médico	10
3	Desvelamento do sentido emocional dos sintomas	07
4	Realização de tratamento farmacológico	07

***construídos pela semiologia médica e pelas tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Os praticantes da biomedicina contemporânea são treinados de um modo cético que tende a minimizar; no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade ou então a tentar controlá-los.***

Para Canguilhem<sup>46</sup>, a medicina contemporânea estabeleceu-se cindindo a doença e o doente: ***A medicina de hoje fundamentou-se, com a eficácia que cabe reconhecer; na dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença, mais do que identificar uma doença segundo o feixe de sintomas espontaneamente apresentado pelo doente.***

Enquanto o referencial teórico do médico são os acima citados, o sofrimento do paciente torna-se irrelevante; “quando a doença passa a ser “real” o paciente virtualiza-se”<sup>47</sup>. Paradoxalmente, ignora-se aquilo que deveria ser a categoria central a qual nortearia a prática médica: o médico em última instância deveria trabalhar sabendo que lida com um paciente que sofre e que esta experiência envolve uma série de questões que escapam ao biológico, pois se referem a questões psicológicas, culturais e sociais. É freqüente encontrarmos na prática discursiva da medicina referências à necessidade de uma abordagem biopsicossocial, mas há uma total primazia do campo biológico sobre os demais: “Categorias fundamentais no que concerne ao adoecer como por exemplo, SOFRIMENTO, SAÚDE, HOMEM (no sentido de “ser humano”), VIDA, CURA, encontram-se perdidas nas brumas do imaginário ou empurradas para o terreno da metafísica”<sup>2</sup>.

Assim, a biomedicina estaria direcionada para a descoberta de informações consideradas passíveis de quantificação e não voltada para outros aspectos, tais como sociais ou emocionais, que são dificilmente mensuráveis.

A partir destes referenciais, os médicos são guiados por comportamentos que tentam se basear em padrões científicos mais que em particularidades e procuram fazer com que seu trabalho esteja focado na competência técnica e na objetividade sem envolvimento emocional com o paciente<sup>48</sup>.

Para Clavreul<sup>49</sup>, não existe uma relação médico-paciente, mas uma relação instituição médica-doença. O médico seria o representante da ordem médica e o doente teria que adequar a sua queixa à objetividade do discurso médico. Portanto, não haveria uma relação entre eles como sujeitos dotados de subjetividade. De forma similar, Canguilhem<sup>46</sup> contesta uma relação médico-paciente cujo médico apenas interceda como

um técnico, com o objetivo de reparar um mecanismo perturbado: ***Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que a sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de estabelecer entre médico e doente***<sup>46</sup>.

Assim, na biomedicina, o médico, diante da sintomatologia apresentada pelo paciente, irá inicialmente tentar correlacioná-la a algum processo físico. Se um paciente tem, por exemplo, uma queixa de dor, a conduta do médico será no sentido de identificar a causa física desta. Quando esgotadas as possibilidades investigativas – através de teste e exames – e estabelecida a exclusão de qualquer causalidade física, os sintomas poderão receber o rótulo de “psicogênico” ou “psicossomático”. Porém, sempre se busca uma explicação objetiva para os sintomas considerados subjetivos. Procura-se, em última instância, a correspondência do sintoma com os fatores biológicos, a fim de que se possa diagnosticar a entidade patológica<sup>3</sup>. Desse modo, um sofrimento somente é tido como legítimo quando apresenta uma concreticidade em regularidades orgânicas classificáveis a partir de critérios anatômicos, fisiológicos, celulares e biomoleculares<sup>50</sup>.

A partir disso, uma relação médico-paciente aparentemente apresenta objetivos semelhantes; contudo, vistos de perto, estes objetivos seriam diferentes e até mesmo conflitantes. O paciente quer voltar a ser o que era antes do sofrimento, independente das situações que o determinaram; o médico, por sua vez, busca nas queixas do paciente fatos que são entendidos como objetivos e que correspondam a uma série classificatória. O processo terapêutico, isto é, a restauração daquilo que o médico considera normal, só é possível quando os fatos são reconhecidos dentro de uma classificação<sup>50</sup>.

Entretanto, nem todos os diagnósticos nosológicos em biomedicina podem ser estruturados através dos critérios considerados objetivos, como a identificação de uma lesão/disfunção ou reconhecimento de uma causalidade. Como podemos constatar em nossa revisão da literatura, há constantemente nos ambulatórios uma demanda de sofrimentos que estão, muitas vezes, permeadas por questões de ordem social, psíquica ou moral – as quais Almeida<sup>51</sup> aponta que não são enquadráveis nos diagnósticos possíveis em biomedicina. O autor nomeia estes pacientes como “refratários”, por ocuparem um lugar de marginalidade na prática médica, e não conse-

guirem se encaixar dentro dos serviços e tratamentos oferecidos nas instituições de saúde. Camargo Jr.<sup>2</sup> afirma que estes sofredores são rechaçados pelo sistema médico-institucional que não consegue responder as suas demandas. Entendemos que os portadores destas queixas não são pacientes, mas “quase pacientes”, visto que ficam vagando e estabelecendo uma rotina de ir e vir na periferia das instituições de saúde. Brasil<sup>52</sup> ilustra bem essa situação ao descrever um caso de uma “quase paciente” atendida no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF – UFRJ) que passou por uma série de especialidades: clínica médica, oftalmologia, ginecologia, gastroenterologia, cardiologia, otorrino, ortopedia, reumatologia, dermatologia, nutrição e serviço de saúde mental.

Dessa forma, situações clínicas, tais como aquelas de sofredores que apresentam sintomas considerados vagos e difusos, onde não haveria uma correlação entre sensação de mal-estar e quadro taxonômico, representariam um fracasso dos pontos de vista tanto do médico como do paciente. O paciente, cujos sintomas não são considerados objetivos, permanece com a sensação de sofrimento, e o médico que não encontra referenciais claros para sua intervenção.

Podemos supor, então, que esses pacientes, ao apresentarem uma demanda que não apresenta uma lesão, uma disfunção ou uma causalidade reconhecida, constituem-se numa anomalia – no sentido kuhniano – do paradigma biomédico<sup>53</sup>. Em linhas gerais, Kuhn<sup>54</sup> afirma que as anomalias são problemas que não estavam previstos – com o qual o pesquisador não se encontraria preparado para lidar. Assim como os cientistas, os médicos deparam-se com enigmas e fracassos no seu cotidiano, e um deles seria o fenômeno das somatizações. Clavreul<sup>49</sup> destaca que esses sujeitos, aos quais denomina de “histéricos”, são os grandes desafiadores das ordens, uma vez que desafiaram a ordem religiosa na inquisição (bruxaria) e na contemporaneidade desafiam a ordem médica.

Entendemos, portanto, que para os “somatizadores” deixarem de ser uma anomalia dentro do modelo biomédico, é preciso mais do que simplesmente apresentar estratégias diagnósticas e terapêuticas que possam correr o risco de serem lidas e interpretadas mecanicamente, como mais um dos itens encontrados nos discursos dos manuais de medicina. É preciso, como nos ensina Canguilhem<sup>58</sup>, reconhecer uma dimensão do humano que não se restrinja à somática e, so-

bretudo, ter a compreensão de que se trata de um encontro entre dois sujeitos: um cuidador e um demandante de cuidado.

## Conclusão

Através da análise dos principais resultados encontrados nos quarenta artigos selecionados, podemos constatar que o campo das ditas “somatizações” é nebuloso, permeado de ambigüidades e paradoxos.

Entendemos que o substrato para essa série de dificuldades encontra-se em um modelo biomédico que apresenta limites, sobretudo no que concerne às questões subjetivas. Acreditamos que a subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano, e mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial, nunca chegou a ser objeto das ciências biomédicas e, por isso, encontramos alguns sérios problemas nas situações clínicas. Se, por um lado, os médicos trabalham com o modelo da biomedicina que enfatiza dados físicos, quantificáveis, ignorando as esferas psicológicas, sociais e culturais, por outro lado, os pacientes com sintomas vagos e difusos experienciam um sofrimento que transcende a capacidade resolutive deste modelo.

Desse modo, acreditamos que os sofredores das ditas “somatizações” requerem recursos diagnósticos e terapêuticos que extrapolariam o objetivismo e as generalidades da biomedicina. Assim, o processo terapêutico não poderia se restringir a concepções causalistas e não se operaria apenas por intervenções estritamente da esfera física, fisiológica ou psicológica. Trata-se de um debate, cuja interação entre as partes é fundamental para o bom desenvolvimento desse processo.

Nesse encontro, que podemos entender como um processo de negociação, uma série de elementos pode contribuir para a estruturação de uma outra atitude na prática médica: a relevância da fala e da escuta dos atores envolvidos no processo do cuidado – incluindo suas dimensões singulares, culturais e socioeconômicas; a noção de autonomia na relação médico-paciente – envolvendo a construção de símbolos que independentes de levarem à cura, podem provocar mudanças nos níveis psicológicos e sociais da vida dos pacientes<sup>55</sup>.

Trazer à tona noções como a de que o sofrimento deve ser o ponto de partida da terapêutica<sup>56</sup>, e que a origem etimológica da palavra “terapêutica” significa servir e prestar assistência<sup>57</sup> pode

contribuir para que as queixas vagas e difusas deixem de ser vistas, no meio médico, como tão vagas e difusas. Estas demandas, em última instância, estariam remetidas ao sofrer e à singularidade do adoecer humano, e somente através deste olhar seria possível construir um processo interativo entre médicos e pacientes.

### Colaboradores

CR Guedes, MI Nogueira e KR de Camargo Jr. participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

### Referências

1. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2001.
2. Camargo Jr. K. *Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec; 2003.
3. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
4. Gureje O, Simon GE, Ustun TB, Goldberg DP. Somatization in cross-cultural perspective: a world health organization study in primary care. *Am J Psychiatry* 1997; 154(7): 989-995.
5. Barsky A, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130:910-921.
6. Bombana J. A somatização e conceitos limítrofes: delimitação de campos. *Psiquiatria na prática médica* [periódico na Internet] 2001 Jul-Set [acessado 2005 Ago 15]; 34 (3): [cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.unifesp.br>
7. Bombana JÁ, Leite ALSS, Miranda CT. Como atender aos pacientes que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Revista de Psiquiatria* 2000; 22(4):180-184.
8. Caixeta M, Chaves M, Reis OR. Transtorno somatoforme de causa orgânica: relato de caso. *Arq. Neuro-Psiquiátrico* 1999; 57(1):120-125.
9. Escobar J, Swartz M, Rubio-Stipec M, Manu P. Medically unexplained symptoms: distribution, risk factors and comorbidity. In: Kirmayer LJ, Robbins JM. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 63-77.
10. Fabrega H. Somatization in cultural and historical perspective. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 181-189.
11. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatria* 2002; 40(1):47-55.
12. Florenzano R, Weil K, Cruz C, Acuña J, Fullerton C, Muñoz C, Leighton C, Marambio M. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr*: 2002; 40(4):335-340.
13. Ford CV, Parker PE. Somatization in consultation-liaison psychiatry. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 143-157.
14. Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Wilard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:140-152.

15. Holloway KL, Zerbe KJ. Simplified approach to somatization disorder: when less may prove to be more. *Postgrad Med* 2000; 6:89-95.
16. Hurwitz TA. Somatization and conversion disorder. *Can J Psychiatric* [serial on the Internet] 2004 mar [cited 2005 Aug 16]; 49 (3): [about 4 p.]. Available from: <http://www.cpa-asp.org>
17. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Annals of internal medicine* 2001; 134(9):917-925.
18. Keller R, Psych FRC. Treatment approaches to somatizing and hypochondriacal patients. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 159-179.
19. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Can J Psychiatric* 2004; 49:663-672.
20. Kirmayer LJ, Robbins JM. Introduction: Concepts of somatization. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 1-19.
21. Kirmayer LJ, Robbins JM. Functional somatic syndromes. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 79-106.
22. Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV, Hahn SR, Linzer M, Williams JBW, Brody D, Davies M. Multisomatoform disorder: an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:352-358.
23. Mai F. Somatization disorder: a practical review. *Can J Psychiatry* 2004; 54:352-358.
24. Margo KL, Margo GM. The problem of somatization in family practice. *Am Fam Physician* [serial on the Internet] 1994 Jun [cited 2005 Aug 16]; 8(49): [about 3 p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>
25. Maynard CK. Assess and manage somatization. Nurse practitioner [serial on the Internet] 2003 Apr [cited 2005 Aug 16]; 28(4): [about 9 p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>
26. Mccahill ME. Somatoform and related disorders: delivery of diagnosis as first step-includes patient education sheet. *Am Fam Physician* [serial on the Internet] 1995 [cited 2005 Aug 16]; 1(52): [about 5 p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>
27. Morris R, Gask L, Ronalds C. Clinical and patient satisfaction outcomes of a new treatment for somatized mental disorder taught to general practitioners. *BJGP* 1999; 49:263-267.
28. Noyes Jr R, Holt C, Kathol R. Somatization: diagnosis and management. *Arch Fam Med* 1995; 4(9):790-795.
29. Pennebaker JW, Watson D. The psychology of somatic symptoms. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 21-35.
30. Peters S, Stanley I, Rose M, Salmon P. Patients with medically unexplained symptoms: source of patients' authority and implications for demands on medical care. *Soc Sci Med* 1998; 46(4-5):559-565.
31. Poikolainen K, Kanerva R, Lonngyst J. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics* [serial on the Internet] 1995 [cited 2005 Aug 16]; 1(96): [about 3 p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>
32. Porto LS. O paciente – problema. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani EJ, organizadores. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. Porto Alegre: Artmed; 1996. p. 586-591.
33. Proença MA, Fortes SL, Leal CP, Caldas NR. O paciente somatizante no hospital geral. *Cadernos IPUB* 1997; 6:125-133.
34. Righter EL, Sansone RA. Managing somatic preoccupation. *Am Fam Physician*. [serial on the Internet] 1999 Jun [cited 2005 Aug 16] 59:[about 2 p.]. Available from: <http://www.findarticles.com/p/articles/mi>
35. Ritsner M, Ponizovsky A, Kurs R, Modai I. Somatization in an immigrant population in Israel: a community survey of prevalence, risk factors and help-seeking behavior. *Am J Psychiatry* 2000; 157(3):385-392.
36. Robbins JM, Kirmayer LJ. Cognitive and social factors in somatization. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 107-141.
37. Roca RP. Somatization. In: Barker LR, Burton JR, Zieve PD, editors. *Principles of ambulatory medicine*. Washington, D.C.: Lippincott Willian and Wilkins; 1996. p. 252-262.

38. Schilte AF, Portegils PJ, Blanckstein AH, Knottnerus JA. Somatization in primary care: clinical judgment and standardized measurement compared. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 35(6): 276-282.
39. Servan-Schreiner D, Kold R, Tabas G. The somatizing patient. *Prim Care* 1999; 35(6): 225-241.
40. Servan-Schreiner D, Kold R, Tabas G. Somatizing patient: part I – practical diagnosis. *Am Fam Physicians* 2000; 61(4):1073-1078.
41. Simon GE. Somatization and psychiatric disorders. In: Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1991. p. 37-62.
42. Stone JWW, Durrance D, Carson A, Lewis S, Mackenzie L, Warlow CP. Reading, writing and revalidation. *BMG* 2002; 325: 1449-1450.
43. Waitzin H, Magaña H. The black box in somatization: unexplained physical symptoms, culture, and narratives of trauma. *Soc Sci Med* 1997; 45(6). p. 811-825.
44. Florenzano R, Fullerton C, Acuna J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatria* 2002; 40(1):47-55. p. 47.
45. Castiel LD. *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria-Editora Fiocruz; 1999. p.144.
46. Canguilhem G. *Escritos sobre medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005. p. 24.
47. Camargo Jr. KR. Medicina, médicos, doenças e terapêutica: exame crítico de alguns conceitos. *Série Estudos em Saúde Coletiva* 1998; 170:3-14.
48. Freidson E. *Profession of medicine: a study of sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row; 1988.
49. Clavreul J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense; 1983.
50. Blank N. *Raciocínio clínico e os equipamentos médicos – subsídios para a compreensão do significado do equipamento diagnóstico: terapêutica para a medicina* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1985.
51. Almeida ELV. *Medicina Hospitalar – Medicina Extra-Hospitalar: duas medicinas?* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social/Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1988.
52. Brasil MAA. *Pacientes com queixas difusas: um estudo nosológico de pacientes apresentando queixas somáticas múltiplas e vagas* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria/Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1995.
53. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Rev C S Col* 2006; 11(4):1093-1103.
54. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva; 2003.
55. Favoreto CAO. A velha e a renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2004.
56. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1990.
57. Sayd JD. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 1998.

Artigo apresentado em 18/04/2006

Aprovado em 25/01/2007

Versão final apresentada em 13/02/2007