



Transtornos dissociativos, conversivos e somatoformes

Protocolo de acolhimento

Blanche entrando em posição de opistótono, apoiada por Babinski, durante aula prática de Charcot. Pintura de André Brouillet, 1887.

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, para o acolhimento de dissociações, conversões, outros quadros histéricos, e de transtornos somatoformes.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Trata-se das manifestações neuróticas, de tipo histérico, tradicionalmente divididas em conversão (com sintomas atingindo funções físicas, como nas paralisias sem correlação neurológica, na cegueira funcional, etc.) e dissociação (sintomas atingindo a consciência, como os desmaios, as convulsões, as alterações de identidade, as amnésias, etc.), e quadros conexos. Estas manifestações ocorrem em pessoas predispostas. Todos eles são de origem psicogênica. Em sua nascente há fatores de ordem psicanalítica, vinculados a experiências dos primeiros cinco anos de idade. A escuta do sujeito histérico, pelos profissionais do SUS, é algo fundamental para a formulação de ofertas e de soluções na assistência pública¹.

São características destes transtornos as perturbações nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente. O neurótico conversivo, como os histéricos de um modo geral, é extremamente sugestível, demonstrando com isso seu clássico infantilismo e falta de maturidade da personalidade. Tem afetos e relações objetais pueris, valorizando as fantasias na tentativa de negar as realidades frustrantes ou penosas.

Ao longo dos séculos XIX e XX as manifestações agudas conversivas e dissociativas eram vistas com frequência em serviços médicos. Atualmente elas são vistas com mais facilidade em cultos e reuniões públicas promovidos por igrejas, especialmente as pentecostais, à procura de milagres, de reconhecimento social e de alívio. Nos ambientes religiosos vinculados a tradições afro-brasileiras e a movimentos espíritas sempre houve uma receptividade e fornecimento de explicações capazes de minorar o sofrimento, compartilhando sua discussão, incluindo os sintomas no meio cultural e evitando discriminações.

Nos serviços de saúde elas, na maioria das vezes, não se mostram tão claras e assumem feições de queixas somáticas polivalentes, incongruentes do ponto de vista da anatomia e da fisiologia. Podem assumir também a forma de manifestação relacional, com labilidade afetiva e comportamento histriônico.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F44 Transtornos dissociativos [e de conversão]

Os transtornos dissociativos e os de conversão se caracterizam por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas, e do controle dos movimentos corporais. Os diferentes tipos de transtornos dissociativos tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associou a um acontecimento traumático. A evolução pode igualmente se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias, quando a ocorrência do transtorno está ligada a problemas ou dificuldades interpessoais insolúveis. No passado, estes transtornos eram classificados entre diversos tipos de "histeria de conversão". Admite-se que sejam psicogênicos, dado que ocorrem em relação temporal estreita com

¹ BURSZTYN, Daniela Costa. O Tratamento da histeria: um desafio para a rede de saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400006&lng=en&nrm=iso>.

eventos traumáticos, problemas insolúveis e insuportáveis, ou relações interpessoais difíceis. Os sintomas traduzem freqüentemente a ideia que o sujeito se faz de uma doença física. O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido. Por outro lado, dispõe-se de argumentos para pensar que a perda de uma função é, neste transtorno, a expressão de um conflito ou de uma necessidade psíquica. Os sintomas podem ocorrer em relação temporal estreita com um “stress” psicológico e ocorrer freqüentemente de modo brusco. O transtorno concerne unicamente quer a uma perturbação das funções físicas que estão normalmente sob o controle da vontade, quer a uma perda das sensações. Os transtornos que implicam manifestações dolorosas ou outras sensações físicas complexas que fazem intervir o sistema nervoso autônomo, são classificados entre os transtornos somatoformes (F45.0). Há sempre a possibilidade de ocorrência numa data ulterior de um transtorno físico ou psiquiátrico grave.

Inclui: histeria, histeria de conversão, reação histérica, psicose histérica.

Exclui: simulador [simulação consciente] (Z76.5)

F44.0 Amnésia dissociativa

A característica essencial é a de uma perda da memória, que diz respeito geralmente a acontecimentos importantes recentes, não devida a transtorno mental orgânico, e muito importante para ser considerado como expressão de esquecimento ou de fadiga. A amnésia diz respeito habitualmente aos eventos traumáticos, tais como acidentes ou lutos imprevistos, e é mais freqüente que seja parcial e seletiva. Uma amnésia completa e generalizada é rara, e diz respeito habitualmente a uma fuga (F44.1); neste caso, deve-se fazer um diagnóstico de fuga. Não se deve fazer este diagnóstico na presença de um transtorno cerebral orgânico, de uma intoxicação, ou de uma fadiga extrema.

Exclui: amnésia (R41.3, R41.2 e R41.1), amnésia pós-convulsiva dos epiléticos (G40.-), síndrome amnésica orgânica não-alcoólica (F04), transtorno amnésico induzido pelo álcool ou por outra substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .6)

F44.1 Fuga dissociativa

Uma fuga apresenta todas as características de uma amnésia dissociativa: comporta além disto, um deslocamento motivado maior que o raio de deslocamento habitual cotidiano. Embora exista uma amnésia para o período de fuga, o comportamento do sujeito no curso desta última pode parecer perfeitamente normal para observadores desinformados.

Exclui: fuga pós-convulsiva na epilepsia (G40.-)

F44.2 Estupor dissociativo

O diagnóstico de estupor dissociativo repousa sobre a presença de uma diminuição importante ou de uma ausência dos movimentos voluntários e da reatividade normal a estímulos externos, tais como luz, ruído, tato, sem que os exames clínicos e os exames complementares mostrem evidências de uma causa física. Além disto, dispõe-se de argumentos em favor de uma origem psicogênica do transtorno, na medida que é possível evidenciar eventos ou problemas estressantes recentes.

Exclui: estado catatônico orgânico (F06.1), estupor catatônico, depressivo ou maníaco (R40.1, F20.2, F31-F33, F30.2)

F44.3 Estados de transe e de possessão

Transtornos caracterizados por uma perda transitória da consciência de sua própria identidade, associada a uma conservação perfeita da consciência do meio ambiente.

Devem aqui ser incluídos somente os estados de transe involuntários e não desejados, excluídos aqueles de situações admitidas no contexto cultural ou religioso do sujeito.

Exclui: esquizofrenia (F20.-)

intoxicação por uma substância psicoativa (F10-F19 com quarto caractere comum .0)

síndrome pós-traumática (F07.2)

transtorno(s):

- orgânico da personalidade (F07.0)
- psicóticos agudos e transitórios (F23.-)

F44.4 Transtornos dissociativos do movimento

As variedades mais comuns destes transtornos são a perda da capacidade de mover uma parte ou a totalidade do membro ou dos membros. Pode haver semelhança estreita com quaisquer variedades de ataxia, apraxia, acinesia, afonia, disartria, discinesia, convulsões ou paralisia.

Afonia psicogênica

Disfonia psicogênica

Torcicolo histérico

F44.5 Convulsões dissociativas

Os movimentos observados no curso das convulsões dissociativas podem se assemelhar de perto àquelas observadas no curso das crises epiléticas; mas a mordedura de língua, os ferimentos por queda e a incontinência de urina são raros contudo; além disto, a consciência está preservada ou substituída por um estado de estupor ou transe.

F44.6 Anestesia e perda sensorial dissociativas

Os limites das áreas cutâneas anestesiadas correspondem freqüentemente às concepções pessoais do paciente, mais do que a descrições científicas. Pode haver igualmente uma perda de um tipo de sensibilidade dado, com conservação de outras sensibilidades, não correspondendo a nenhuma lesão neurológica conhecida. A perda de sensibilidade pode se acompanhar de parestesias. As perdas da visão e da audição raramente são totais nos transtornos dissociativos.

Surdez psicogênica

F44.7 Transtorno dissociativo misto [de conversão]

Combinação de transtornos descritos em F44.0-F44.6

F44.8 Outros transtornos dissociativos [de conversão]

Confusão psicogênica

Estado crepuscular psicogênico

Personalidade múltipla

Síndrome de Ganser

F44.9 Transtorno dissociativo [de conversão] não especificado

F45 Transtornos somatoformes

A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito.

Exclui:

arrancar-se os cabelos (F98.4)

disfunção sexual não devida a doença ou a transtorno orgânico (F52.-)

dislalia (F80.8)
fatores psicológicos ou comportamentais associados a doenças ou transtornos classificados em outra parte (F54)
lalação (F80.0)
roer unhas (F98.8)
síndrome de Gilles de la Tourette (F95.2)
sucção do polegar (F98.8)
tiques (na infância e na adolescência) (F95.-)
transtornos dissociativos (F44.-)
tricotilomania (F63.3)

F45.0 Transtorno de somatização

Transtorno caracterizado essencialmente pela presença de sintomas físicos, múltiplos, recorrentes e variáveis no tempo, persistindo ao menos por dois anos. A maioria dos pacientes teve uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica primária quanto especializada durante as quais muitas investigações negativas ou cirurgias exploratórias sem resultado podem ter sido realizadas. Os sintomas podem estar referidos a qualquer parte ou sistema do corpo. O curso da doença é crônico e flutuante, e freqüentemente se associa a uma alteração do comportamento social, interpessoal e familiar. Quando o transtorno tem uma duração mais breve (menos de dois anos) ou quando ele se caracteriza por sintomas menos evidentes, deve-se fazer o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado (F45.1).

Transtorno de Briquet

Transtorno psicossomático múltiplo

Exclui: simulador [simulação consciente] (Z76.5)

F45.1 Transtorno somatoforme indiferenciado

Quando as queixas somatoformes são múltiplas, variáveis no tempo e persistentes, mas que não correspondem ao quadro clínico completo e típico de um transtorno de somatização, o diagnóstico de transtorno somatoforme indiferenciado deve ser considerado.

Transtorno psicossomático indiferenciado

F45.2 Transtorno hipocondríaco

A característica essencial deste transtorno é uma preocupação persistente com a presença eventual de um ou de vários transtornos somáticos graves e progressivos. Os pacientes manifestam queixas somáticas persistentes ou uma preocupação duradoura com a sua aparência física. Sensações e sinais físicos normais ou triviais são freqüentemente interpretados pelo sujeito como anormais ou perturbadores. A atenção do sujeito se concentra em geral em um ou dois órgãos ou sistemas. Existem freqüentemente depressão e ansiedade importantes, e que podem justificar um diagnóstico suplementar.

Dismorfofobia (corporal) (não-delirante)

Hipocondria

Neurose hipocondríaca

Nosofobia

Exclui: dismorfofobia delirante (F22.8), idéias delirantes persistentes sobre o funcionamento ou a forma do corpo (F22.-)

F45.3 Transtorno neurovegetativo somatoforme

O paciente atribui seus sintomas a um transtorno somático de um sistema ou de órgão inervado e controlado, em grande parte ou inteiramente, pelo sistema neurovegetativo: sistema cardiovascular, gastrointestinal, respiratório e urogenital. Os sintomas são

habitualmente de dois tipos, sendo que nenhum dos dois indica transtorno somático do órgão ou do sistema referido. O primeiro tipo consiste de queixas a respeito de um hiperfuncionamento neurovegetativo, por exemplo palpitações, transpiração, ondas de calor ou de frio, tremores, assim como por expressão de medo e perturbação com a possibilidade de uma doença física. O segundo tipo consiste de queixas subjetivas inespecíficas e variáveis, por exemplo dores e sofrimentos, e sensações de queimação, peso, aperto e inchaço ou distensão, atribuídos pelo paciente a um órgão ou sistema específico.

Astenia neurocirculatória

Formas psicogênicas (de um) (de uma): aerofagia, cólon irritável, diarreia, dispepsia, disúria, flatulência, hiperventilação, piloroespasmo, polaciúria, soluço, tosse

Neurose: cardíaca, gástrica; Síndrome de da Costa

Exclui:

fatores psicológicos e comportamentais associados a transtornos físicos classificados em outra parte (F54)

F45.4 Transtorno doloroso somatoforme persistente

A queixa predominante é uma dor persistente, intensa e angustiante, dor esta não explicável inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico, e ocorrendo num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno. O resultado é em geral uma maior atenção em suporte e assistência quer pessoal, quer médica. Uma dor considerada como psicogênica mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia não deve ser aqui classificada.

Cefaléia psicogênica

Dor(es): psicogênicas da coluna vertebral, somatoforme. Psicalgia.

F45.8 Outros transtornos somatoformes

Todos os outros transtornos das sensações, das funções e do comportamento, não devidos a um transtorno físico que não estão sob a influência do sistema neurovegetativo, que se relacionam a sistemas ou a partes do corpo específicos, e que ocorrem em relação temporal estreita com eventos ou problemas estressantes.

Disfagia psicogênica, incluindo "bolo histérico", dismenorréia psicogênica, prurido psicogênica, ranger de dentes, torcicolo psicogênico.

F45.9 Transtorno somatoforme não especificado

Transtorno psicossomático SOE

F48 Outros transtornos neuróticos

F48.0 Neurastenia

Existem variações culturais consideráveis para a apresentação deste transtorno, sendo que dois tipos principais ocorrem, com considerável superposição. No primeiro tipo, a característica essencial é a de uma queixa relacionada com a existência de uma maior fadigabilidade que ocorre após esforços mentais freqüentemente associada a uma certa diminuição do desempenho profissional e da capacidade de fazer face às tarefas cotidianas. A fadigabilidade mental é descrita tipicamente como uma intrusão desagradável de associações ou de lembranças que distraem, dificuldade de concentração e pensamento geralmente ineficiente. No segundo tipo, a ênfase se dá mais em sensações de fraqueza corporal ou física e um sentimento de esgotamento após esforços mínimos, acompanhados de um sentimento de dores musculares e incapacidade para relaxar. Em ambos os tipos há habitualmente várias outras sensações físicas desagradáveis, tais como vertigens, cefaléias tensionais e uma

impressão de instabilidade global. São comuns, além disto, inquietudes com relação a uma degradação da saúde mental e física, irritabilidade, anedonia, depressão e ansiedade menores e variáveis. O sono freqüentemente está perturbado nas suas fases inicial e média mas a hipersonia pode também ser proeminente.

Síndrome de fadiga

Usar código adicional, se necessário, para identificar a doença física antecedente.

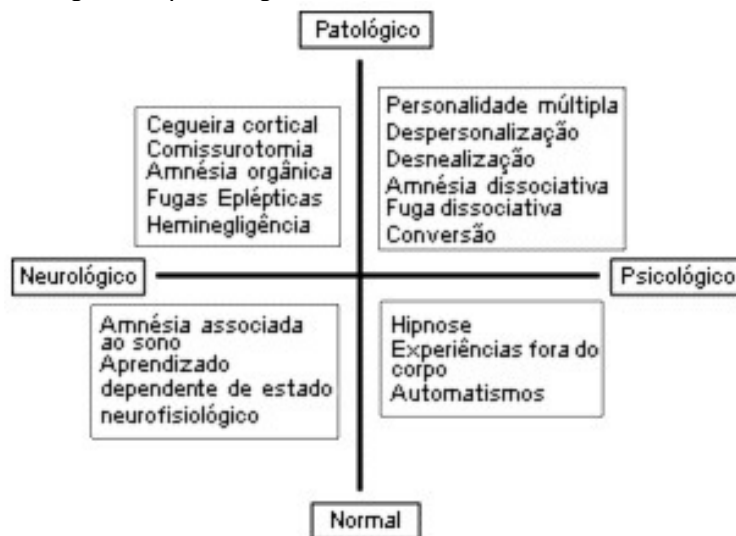
Exclui: astenia SOE (R53), estafa (Z73.0), mal estar e fadiga (R53), psicastenia (F48.8), síndrome da fadiga pós-viral (G93.3)

F48.1 Síndrome de despersonalização-desrealização

Trata-se de um transtorno raro no qual o paciente se queixa espontaneamente de uma alteração qualitativa de sua atividade mental, de seu corpo e de seu ambiente, estes últimos percebidos como irrealis, longínquos ou “robotizados”. Dentre os vários fenômenos que caracterizam esta síndrome, os pacientes queixam-se mais freqüentemente de perda das emoções e de uma sensação de estranheza ou desligamento com relação aos seus pensamentos, seu corpo ou com o mundo real. A despeito da natureza dramática deste tipo de experiência, o sujeito se dá conta da ausência de alterações reais. As faculdades sensoriais são normais e as capacidades de expressão emocional intactas. Sintomas de despersonalização-desrealização podem ocorrer no contexto de um transtorno esquizofrênico, depressivo, fóbico ou obsessivo-compulsivo identificável. Neste caso, reter-se-á como diagnóstico aquele do transtorno principal.

3. DIAGNÓSTICO

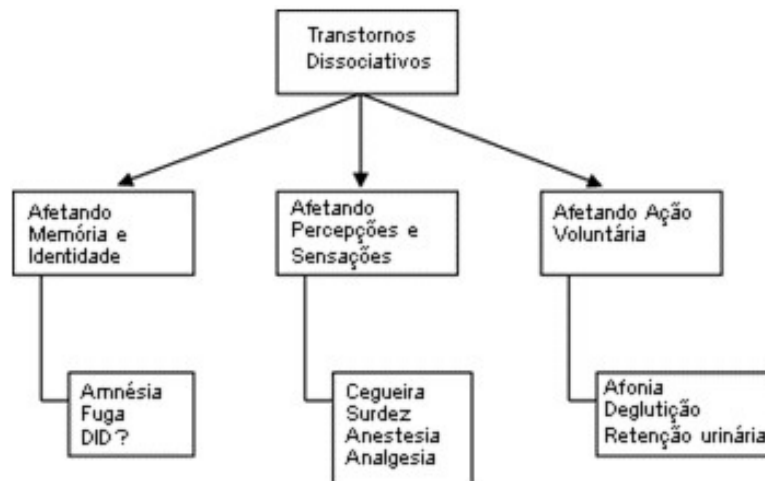
Os sintomas devem ser avaliados num espectro que varia do normal ao patológico e do neurológico ao psicológico²:



² CARDEÑA E. The Domain of Dissociation. In: Lynn SJ, Rhue JW, editors. Dissociation: Clinical and Theoretical Perspectives. New York: The Guilford Press; 1994 , p.15-31. Apud: NEGRO JUNIOR, Paulo Jacomo; PALLADINO-NEGRO, Paula; LOUZA, Mario Rodrigues. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 21, n. 4, Dec. 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000400014&lng=en&nrm=iso>.

A avaliação do meio cultural e das tradições religiosas em que o paciente está inserido é importante. O profissional de saúde não deve contrariar frontalmente ou se envolver em questões religiosas que visam explicar os sintomas. O respeito a todos os tipos de religião deve ser preservado.

Uma vez feito o diagnóstico diferencial com transtornos não psicogênicos, avalia-se o tipo de transtorno dissociativo manifestado. Os dissociativos geralmente apresentam mais dificuldades no diagnóstico diferencial imediato:



4. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Rotineiramente estes transtornos são atendidos em unidades básicas de saúde (UBS) e, quando mais graves, em centros de atenção psicossocial (CAPS).

Em momentos de descompensação e crise aguda, são vistos em unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS) e até, mais raramente, em serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU).

Estes casos, como regra, não devem ser encaminhados a internação e nem à avaliação na triagem de hospital psiquiátrico. Seu tratamento é ambulatorial.

5. TRATAMENTO

Num primeiro momento, sem haver intensa relação terapêutica formatada por uma transferência bem montada, a confrontação do paciente com seus sintomas, apelando para a razão, não é resolutive. Pode até gerar uma revolta em pacientes mais suscetíveis e afetados, com acentuação da sintomatologia. Os pacientes de personalidade histriônica, sempre que sentirem uma postura de mestre autoritário no profissional, trabalharão inconscientemente para mostrar que os profissionais da saúde não podem dar conta de seus sintomas.

Um passo importante, durante as crises, é esclarecer o caráter emocional do quadro, em linguagem suave e em posição de ajuda. As abordagens terapêuticas implicam postura psicoterápica, de apoio, mesmo na rede básica. Casos mais complexos, sintomáticos ou incômodos precisarão de psicoterapia sob inspiração psicodinâmica, em CAPS, ou em ambulatório, por psicólogo ou por psiquiatra com habilidade em psicoterapia.

6. RECOMENDAÇÕES

- 1) Leve-se em conta que a situação clínica pode ser agravada por proporcionar ao paciente o ganho secundário que ele ou ela está procurando. Assim, o fornecimento de uma medicação pedida, cuja prescrição seja irracional, deve ser negado, com explicação plausível e amistosa, dando-se em troca a atenção e a escuta. Deve-se tomar cuidados, também no fornecimento de atestados por médico, por psicólogo, por fisioterapeuta, ou outros profissionais, avaliando o possível uso inadequado do documento.
- 2) Evite intervenções diagnósticas e terapêuticas invasivas.
- 3) A apresentação do diagnóstico ao paciente, se ele solicitar insistentemente, deve ser feita com muito tato, cuidando para não usar palavras que possam ser mal interpretadas ou possam ser sentidas como ofensivas.
- 4) Evite dar ao paciente a impressão de que o profissional crê não haver nada de errado com ele. É comum que tais pacientes se queixem de que os profissionais não sabem diagnosticar seu problema e pensam que ele “não tem nada”.
- 5) Diminuir o tamanho do problema, dando a impressão, ao paciente, que o problema é sem importância, fará com que ele retorne ao serviço, ou busque outro serviço, com as mesmas queixas.
- 6) É adequado não discutir o diagnóstico com paciente no primeiro encontro. Com alguns pacientes jamais se precisa tocar no diagnóstico. O diagnóstico tende a se tornar um rótulo inútil e até deletério se for muito comentado.
- 7) Tranquilizar o paciente de que os sintomas são reais, apesar da falta de um diagnóstico definitivo orgânico. Mostrar a ele que seria inútil fazer exames que não possam acrescentar nada à pesquisa do problema.
- 8) Evite ser seduzido pelo paciente para solicitar exames desnecessários, de forma irracional. Muitos pacientes desejam ser encaminhados, desnecessariamente, a tomografias, ressonâncias, PET Scans, exames laboratoriais.
- 9) Cuidados também precisam ser tomados quando há uma demanda muito grande de exames físicos e toques do corpo, especialmente se o paciente está sozinho com o profissional, no consultório. Fantasias de sedução sexual são frequentes nestes tipos de quadros.
- 10) Diante da resistência do paciente em aceitar que haja fatores emocionais ligados ao seu problema, fornecer exemplos comuns de emoções que produzem sintomas (por exemplo, estômago enjoado quando se fala na frente de uma platéia, coração acelerado se está enfrentando uma novidade, etc.).
- 11) Fornecer exemplos de como o comportamento influencia comportamentos inconscientes (por exemplo, roer unhas se dar conta do que está fazendo).
- 12) Fornecer garantia de que nenhuma evidência de um transtorno neurológico subjacente está presente com base no exame realizado e que o prognóstico para a recuperação é bom.
- 13) Fornecer reforço positivo sempre que os sintomas melhorem espontaneamente.
- 14) Se necessário, informar aos pacientes de que o profissional sabe que os sintomas não são voluntários e nem fingidos.

- 15) Podem ser fornecidas regularmente consultas breves, de acompanhamento, evitando que o paciente venha em crise, após ter desaparecido do serviço de saúde por meses.
- 16) Uma abordagem multidisciplinar para o tratamento do transtorno de conversão é benéfica.
- 17) O ideal seria haver possibilidade de acompanhamento regular com psicólogo.
- 18) O problema não é neurológico. Logo, a consulta com neurologista só é necessária na fase de estabelecimento do diagnóstico, se houverem dúvidas a respeito da diferenciação com possíveis doenças neurológicas a serem descartadas.
- 19) A consulta com cardiologista somente deve ser incentivada se o paciente tem alterações episódicas de consciência devido à preocupação com a síncope cardiogênica, podendo-se necessitar de descarte de hipóteses cardiológicas.
- 20) A consulta com fisioterapeuta pode ser indicada para aqueles com grande distúrbio motor ou da marcha, por tempo longo. O contato do clínico geral, do psicólogo ou do psiquiatra com o fisioterapeuta, esclarecendo sua opinião, é importante.
- 21) O psiquiatra é geralmente indicado quando os sintomas persistem. Pode ajudar na identificação de estressores psicológicos simbolicamente ligados aos sintomas e outros fatores de risco para transtorno de conversão. Medicamentos poderão ser utilizadas de forma temporária, num contexto planejado.
- 22) Deve-se ter cuidado com as solicitações de medicamentos, especialmente de benzodiazepínicos, pois muitos pacientes com sintomas neuróticos se tornam graves dependentes de tranquilizantes e aumentam as doses por conta própria. Muitos deles têm vários médicos ao mesmo tempo, em ambulatórios diferentes, garantindo receitas para poderem tomar doses muito além das prescritas.

7. ALGORITMO PARA CRISES DISSOCIATIVAS

