QUEIXAS RECORRENTES: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PSIQUIATRIA

Laura Ciconet Marostica
Laura Monteiro Magalhães
Bruna Velasco Velazquez
Sandro René Miguel

UNITERMOS

TRANSTORNOS MENTAIS/diagnóstico; TRANSTORNOS MENTAIS/classificação; ASSISTÊNCIA AO PACIENTE.

KEYWORDS

MENTAL DISORDERS/diagnosis; MENTAL DISORDERS/classification; PATIENT CARE.

SUMÁRIO

Neste capítulo, buscamos descrever, brevemente, as principais características dos transtornos psiquiátricos que podem causar queixas recorrentes, com o intuito de auxiliar o médico não-psiquiatra a diferenciar os diagnósticos e a abordar mais adequadamente os pacientes.

SUMMARY

In this chapter, we briefly describe the main features of psychiatric disorders that may cause recurrent complaints, in order to assist the physician to differentiate diagnoses and to address more adequately the patients.

INTRODUÇÃO

Nas emergências médicas e nos ambulatórios, é comum atendermos pacientes com queixas recorrentes, já investigadas e manejadas, mas que seguem motivando os pacientes a buscarem atendimento médico. Estes pacientes são, muitas vezes, classificados como "difíceis" e suas queixas são chamadas de "sintomas não explicados pelos médicos" (sigla MUS, do inglês "medically unexplained symptoms"), termo usado como sinônimo de "somatização".[3] A prevalência de MUS nos atendimentos ambulatoriais varia de 25 a 75%, e dor é a queixa mais comum, segundo Smith et al.[3] Estas queixas recorrentes podem ser causadas por transtornos somatoformes, mas também podem ser causadas por transtornos factícios, transtornos de ansiedade, depressão, bem como por patologias médicas não-psiquiátricas e por simulação.

Quando há a suspeita de que as queixas recorrentes são causadas por transtorno psiquiátrico, em primeiro lugar, é preciso excluir que haja alguma patologia subjacente ou abuso de substâncias, ainda não diagnosticados. Para isso, devem ser realizados anamnese e exame físico completos, além da revisão de atendimentos médicos prévios. Se não forem encontradas alterações que expliquem os sintomas, podemos pensar em transtornos psiquiátricos. Se o médico julgar necessário, podem-se solicitar exames complementares para melhor esclarecer o diagnóstico. É importante salientar que alterações laboratoriais não excluem causas psiquiátricas. Por exemplo, pacientes com transtornos factícios e com transtornos alimentares podem induzir vômitos e, com isso, apresentar hipocalemia. Também é importante lembrar que há a possibilidade de coexistirem patologias médicas não-psiquiátricas com transtornos psiquiátricos. O fluxograma abaixo (Figura 1) auxilia a elaboração das hipóteses diagnósticas.

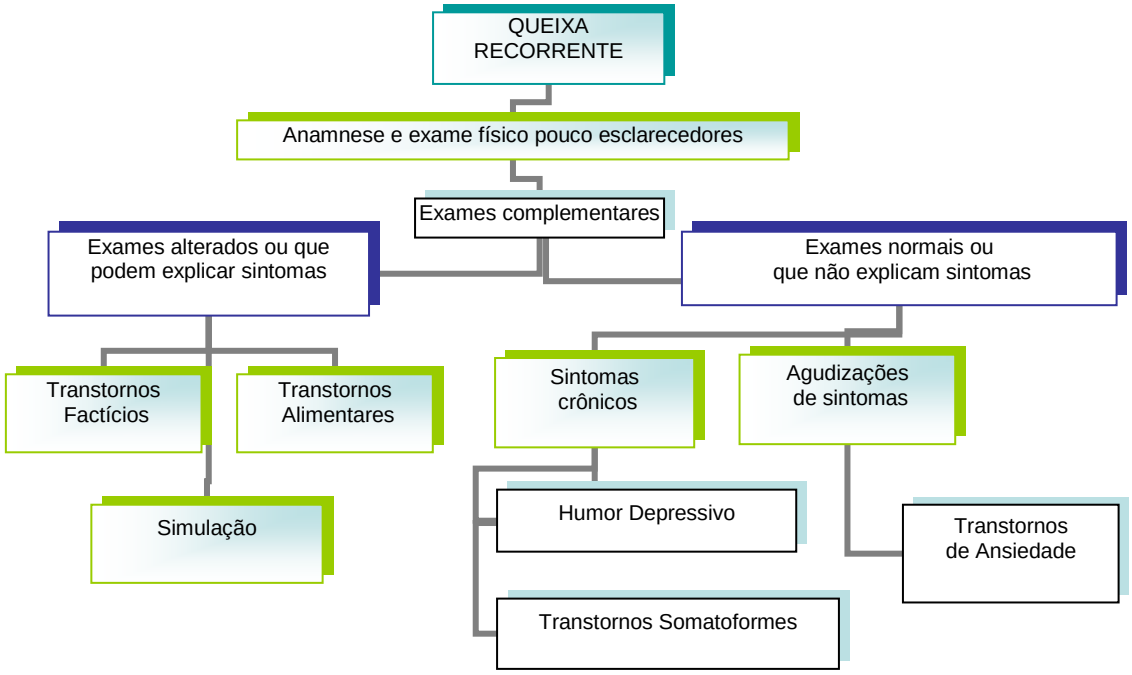

Figura 1: auxílio no diagnóstico diferencial de queixas recorrentes

Transtornos Somatoformes

É um grupo de doenças que tem sinais e sintomas corporais como o principal componente. As queixas dos pacientes com transtornos somatoformes **não** são provocadas intencionalmente e causam grande sofrimento. Embora o exame físico e os exames complementares não forneçam dados significativos para justificar as queixas, os portadores desses transtornos estão convencidos de que seu sofrimento vem de algum distúrbio corporal não-detectado e não-tratado. Conforme a DSM-IV-TR, há cinco tipos de transtornos somatoformes específicos: **Transtorno de Somatização, Transtorno Conversivo, Hipocondria, Transtorno Dismórfico Corporal e Transtorno Doloroso.** Abordaremos brevemente as principais características de cada transtorno, com ênfase nos aspectos mais importantes para o diagnóstico diferencial (Quadro 1).

Transtornos de Ansiedade

Grupo muito comum de doenças psiquiátricas, com prevalência na população geral de uma para cada quatro pessoas,[4] e que se desenvolvem, em geral, antes dos 35 anos de idade. Esses transtornos podem ser acompanhados de diversos sintomas somáticos, como palpitações, sudorese, náuseas, cefaleia, dor abdominal, diarreia, taquicardia e dilatação das pupilas, mas também têm outro componente importante, que é a percepção do estar nervoso ou assustado. Esse dado pode auxiliar no diagnóstico diferencial, mas com frequência transtornos de ansiedade coexistem com outros transtornos psiquiátricos.

Ataques de pânico são manifestações presentes em diversos transtornos de ansiedade, não apenas do transtorno de pânico. Manifestam-se como crises agudas, sob a forma de sintomas somáticos, como palpitações, taquicardia, dor torácica, sudorese, tremores, dispneia, náusea, tontura e parestesia, associados ao medo de morrer ou de enlouquecer. O pico dos sintomas ocorre dentro de 10 minutos. Nos ataques do transtorno de pânico, não há um fator desencadeante e os sintomas se desenvolvem inesperadamente.

Quadro 1 - Transtornos Somatoformes

	Apresentação Clínica	Aspectos Demográficos e Epidemiológicos	Aspectos Diagnósticos
Transtorno de Somatização	- **Polissintomática:** 4 sintomas dolorosos, 2 gastrointestinais, 1 sexual e 1 pseudo-neurológico - Recorrente e crônica	- Inicia antes dos 30 anos de idade - Predominância feminina (20: 1) - Incidência de 5 a 10% em populações de assistência médica primária (2)	- Revisão de sistemas profusamente positiva - Contatos clínicos múltiplos - História de várias cirurgias
Transtorno Conversivo	-Mono ou oligossintomática -Aguda (maioria) - Simula (não intencionalmente) doenças	- Associação com população rural, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e indivíduos com poucos recursos psicodinâmicos e de resiliência	- Um ou mais sintomas **neurológicos** **- Associação de fatores psicológicos** com o início ou a exacerbação dos sintomas
Hipocondria	**- Preocupação ou convicção** de doença; a convicção da doença amplifica os sintomas	- Meia- idade ou idade avançada - Prevalência igual entre os sexos;	- Indivíduos com traços obsessivos de personalidade
Transtorno Dismórfico Corporal	- Sentimentos subjetivos de feiura ou preocupação com **defeito corporal**	- Adolescentes e adultos jovens - Há poucos dados epidemiológicos	- Preocupações corporais globais
Transtorno Doloroso	- Síndrome de dor simulada (não deliberadamente)	- Quarta ou quinta décadas de vida - Até 40% da população com dor[2]	- Simulação ou intensidade incompatível com mecanismos fisiológicos ou anatômicos de dor

Transtornos Depressivos

Somatização ocorre com frequência em pacientes com humor depressivo, como Transtorno Depressivo Maior, Transtorno do Humor Bipolar e Distimia, e esses diagnósticos devem ser considerados na presença de queixas recorrentes, especialmente em idosos, nos quais o quadro depressivo manifesta-se mais frequentemente através de sintomas somáticos. Tristeza, choro fácil e perda de interesse ou de prazer são aspectos fundamentais para o diagnóstico. Muitos pacientes têm perda de apetite e de peso, quase todos (97%) referem diminuição da energia, 80% referem dificuldades com o sono e ansiedade é um sintoma presente em 90% dos pacientes. Podem ocorrer anormalidades no ciclo menstrual, diminuição da libido e do desempenho sexual. Cerca de 50% relatam uma variação diurna dos sintomas, com piora pela manhã.[1]

Transtorno Factício

Distúrbio em que os pacientes produzem **intencionalmente** sinais de doenças médicas ou de transtornos mentais. Apesar do comportamento deliberado, a motivação, que é de **assumir o papel de enfermo**, pode ser

inconsciente. O transtorno factício se situa num *continuum* entre os transtornos somatoformes e a simulação. Não há incentivos externos, como benefícios legais, financeiros ou de melhora do bem-estar físico, o que diferencia os transtornos factícios da simulação. Parecem ocorrer mais em funcionários de hospitais e profissionais da área da saúde e, segundo o DSM-IV-TR, esses transtornos são diagnosticados em 1% dos pacientes atendidos em consultas psiquiátricas em hospitais gerais.

A **Síndrome de Munchausen** é a forma mais extrema dos transtornos factícios e ocorre em um subgrupo de pacientes que provocam sintomas, vão a mais de um hospital e se submetem a procedimentos repetidos, para tratar manifestações que eles próprios produziram.

Para o diagnóstico, é fundamental uma anamnese cuidadosa, que provavelmente mostrará lacunas na história da doença e terá dados contraditórios. É importante confirmar as informações a respeito de doenças prévias e tratamentos realizados. Consultar amigos e familiares do paciente pode auxiliar a revelar a natureza falsa da doença.

Simulação de Doença

Dentre todos os diagnósticos diferenciais abordados neste capítulo, a simulação de doença é o único caso em que há **intencionalidade** de provocar os sinais e sintomas e esta é **deliberada**, com um objetivo bastante claro. A motivação dos indivíduos não é assumir o papel de enfermo, mas sim uma motivação externa, para obter algum **ganho secundário**, como evitar trabalhar, receber alimentação gratuita ou até evitar alguma questão judicial. Devemos suspeitar de simulação de doença quando houver uma combinação de quaisquer dos seguintes aspectos: contexto médico-legal, discrepância importante entre as queixas do paciente e os sinais objetivos, pouca colaboração do paciente com o diagnóstico ou o tratamento e traços antissociais de personalidade.

Abordagem do Paciente

A equipe médica que atende em serviços de emergência ou de atendimento primário deve conhecer as causas de somatização e compreender que as queixas podem ser expressões emocionais, bem como podem representar doenças físicas reais. Por isso, é fundamental educar a equipe médica sobre os distúrbios citados acima, a fim de evitar sentimentos de raiva ou frustração e evitar desprezar as queixas do paciente. O médico deve realizar exame físico direcionado para as queixas e avaliar criteriosamente a necessidade de exames complementares, evitando procedimentos diagnósticos desnecessários, mas também evitando que alguma doença deixe de ser

diagnosticada. No caso dos **transtornos somatoformes, de ansiedade** e nos casos de **humor depressivo**, os sintomas não são produzidos intencionalmente, o que pode tornar mais fácil para o médico ser empático. Nos casos dos **transtornos factícios**, há intencionalidade na criação dos sinais e sintomas, mas esta não é deliberada. O manejo consiste em tratar as condições auto-induzidas, se necessário; proteger o paciente de induzir novos sintomas; e evitar procedimentos desnecessários.[6] O ideal seria vincular o paciente com queixas recorrentes a um único médico como cuidador principal e a um único hospital como referência. A avaliação de um psiquiatra é recomendada e, se identificado outro distúrbio psiquiátrico subjacente, este deve ser tratado.[1] Para os casos de **simulação deliberada**, há controvérsias quanto ao manejo,[6] no entanto, a equipe médica deve prestar atendimento ao indivíduo, evitando que os sintomas provocados acarretem mais danos à integridade do paciente e evitando riscos a outros pacientes e aos profissionais de saúde envolvidos no caso.

CONCLUSÃO

Indivíduos com queixas recorrentes muitas vezes estão comunicando um sofrimento intrapsíquico através dos seus sintomas. O paciente não deve ser confrontado ou julgado, mas deve ser atendido de forma empática, pois é um paciente legítimo, mesmo que não haja doença física causando os sintomas.

REFERÊNCIAS

1. Kaplan HI, Sadock B. Compêndio de psiquiatria. 9ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007.
2. Folks DG, Ford CV, Houck CA. Somatoform disorders, facticious disorders, and malingering. In: Stoudemire A, editor. Clinical psychiatry for medical students. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998. p.343-81.
3. Smith RC, Dwamena FC. Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. J Gen Intern Med. 2007;22:685-91.
4. Harvard School of Medicine. National comorbidity survey. In: NCS and NCSR Data. [capturado 2012 jun 15]:[1 tela] Disponível em: www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ncs_data.php
5. Greenberg DB. Somatization: epidemiology, pathogenesis, clinical features, medical evaluation, and diagnosis. UpToDate. Online 20.8; 2012 maio [updated 2012 ago 10].[35 p.][acesso 2012 maio 02].
6. Lipsitt DR. Factitious disorder and Munchausen syndrome. In www.uptodate.com. Online 20.8; 2012 mar [updated 2012 ago 15].[11 p.][acesso 2012 maio 02].