

## POR QUE NÃO CHAMAR DOENÇAS MENTAIS DE DOENÇAS CEREBRAIS?

BORGES, Guilherme Monteiro Nascente <sup>1</sup>  
RODRIGUES, Bruno Vinicius<sup>2</sup>  
SUGIZAKI, Eduardo<sup>3</sup>

### RESUMO

O artigo retoma uma discussão do século XIX e recentemente relembra por Thornton (2010), na esteira da chamada *filosofia da psiquiatria*. Trata-se do problema da relação entre a doença mental e a doença cerebral. Faz-se uma revisão de literatura de tipo narrativa para historiar a discussão, desde Griesinger (1861) e Jaspers (1913) até Szasz (1974) e Thornton (2010). Mas, depois, passou-se à revisão da literatura (também de tipo narrativo) recente que, ao ver dos autores, permite escapar da referida dicotomia entre o mental e o cerebral. Esta saída foi historicamente oferecida pelo conceito de somatização. Para demonstrá-lo a revisão da literatura sobre os fenômenos somatoformes indica a pertença recíproca e a mútua interferência

<sup>1</sup>Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Oficial Médico do Exército Brasileiro e Plantonista do Hospital Encore. E-mail: [guimonte@me.com](mailto:guimonte@me.com).

<sup>2</sup>Graduado em Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Emergencista clínico da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. E-mail: [bvrs2102@gmail.com](mailto:bvrs2102@gmail.com).

<sup>3</sup>Doutor em Filosofia pela Universidade da Picardia Júlio Verne e estágio pós-doutoral em Filosofia pela Universidade Federal de São Paulo; Doutor em História pela Universidade Federal de Goiás E-mail: [eduardosugizaki@gmail.com](mailto:eduardosugizaki@gmail.com). Endereço: Av. Rosenthal, Qd. 77, Lt. 09, Jardim Mariliza. 74 885.380 – Goiânia- Goiás – Brasil. Telefone: (62) 8163-2827.

entre fenômenos comportamentais e psicológicos, de um lado, e os somáticos, corpóreos e fisiológicos, de outro.

**Palavras-chave:** Doença Mental, Somatização, Filosofia da Psiquiatria, História da Psiquiatria, pesquisa.

## **WHY NOT TO DESIGNATE MENTAL DISEASES AS CEREBRAL DISEASES?**

### **ABSTRACT**

This paper goes back to a discussion held in the XIX century which is recently reintroduced by Thornton (2010), within the context of the so called Philosophy of Psychiatry. This discussion is centered around the relationship between a mental and a cerebral disease. A narrative type review of the literature is made to fill the discussion with history of the theme, beginning with Griesinger (1861), and Jaspers (1913) up to Szasz (1974) and Thornton (2010). However, after such a discussion, the current literature was reviewed (also of the narrative type), which according to the authors, allows to leave apart the dichotomy between the mental and the cerebral. However, this dichotomy was later abandoned or ignored in favor of the somatization concept. To demonstrate that somatization was a more concrete theme rather than the brain-mental one, the review of the literature about somatoform disorders indicates the reciprocal relationship and the mutual interference between behavioral and psychological phenomena as one separated aspect, and those somatic-body and physiological relationships as other aspect.

**Key Words:** Mental Disease, Somatization, Philosophy of Psychiatry, History of Psychiatry.

## 1. INTRODUÇÃO

Em 1974, Thomas Szasz, em seu livro *O mito da doença mental*, após afirmar que estas não existiam de fato, propõe a seguinte pergunta: “Por que não chamar doenças mentais de doenças cerebrais?” Segundo Pereira (2009), essa mesma pergunta já havia sido realizada por Griesinger (1861) e revitalizada pelos estudos neurocientíficos, que não elucidaram a questão. Este artigo propõe uma reabordagem da discussão através de um levantamento bibliográfico.

A propósito da pergunta, defende-se a posição de que há componentes orgânicos nas doenças mentais e utilizam-se como argumento central as pesquisas sobre os fenômenos somáticos sem causa fisiológica descritível e altamente vinculados à ordem psíquica. A afirmação de que doença mental não é simplesmente cerebral, tema explícito

da filosofia da psiquiatria, remete à importância do conhecimento filosófico no campo psiquiátrico e ao fato de que nem todos os componentes psiquiátricos estão associados a alguma organicidade. Nessa direção, entende-se que associar de forma linear doença mental e doença cerebral é um reducionismo.

O encaminhamento da discussão leva em conta os seguintes referenciais teóricos: filosofia da psiquiatria, fenomenologia, varredura de artigos em transtornos somatoformes, síndromes somáticas funcionais e sintomas médicos inexplicáveis.

A argumentação desenvolve a tese de que a existência de uma organicidade nas doenças mentais não pode ser negada, mas também não pode ser absoluta.

## 2. DISCUSSÃO

Por que não chamar doenças mentais de cerebrais? Segundo Pereira (2007), Griesinger, em seu tratado de 1861, defendia que as doenças mentais são, em última

instância, doenças do cérebro, sendo este o órgão acometido na loucura. Pereira ainda afirma que, para ele, mais especificamente, as manifestações sintomáticas

constituíam por si mesmas reações e tentativas de reestabilização desse órgão com funcionamento morbidamente perturbado. Todavia, o quadro manifestado nunca seria uma expressão direta dessa disfunção.

Desde pelo menos a publicação da *Psicopatologia Geral* por Karl Jaspers, em 1913, a o diálogo da psiquiatria com a filosofia tem sido fundamental para o problema do conceito de doença mental, incluindo centralmente o tema da relação entre doença mental e doença cerebral. A importância de relacionar a filosofia com este debate é que, efetivamente trata-se de questão que não há como ser discutida, na psiquiatria, sem o suporte conjunto da medicina fisiológica e da filosofia. No regaço da complexidade desta relação, saberes contemporâneos, como a antropologia, vieram participar do debate, testemunhando sua atualidade e relevância<sup>1</sup>.

No século XIX, as doenças dependiam de diagnóstico estrutural, ou seja, alterações estruturais que levavam a patologias. Antes, essas

análises eram feitas macroscopicamente; com os avanços da patologia, tornaram-se microscópicas.

Atualmente, a filosofia da psiquiatria retoma a discussão sobre a concepção geral de doença mental numa atitude defensiva contra a crítica ao conceito de doença mental elaborado por Thomas Szasz no interior do saber psiquiátrico, cujo ambiente de maior impacto é o da psiquiatria anglo-americana e a dos países sob sua influência, o que inclui a América Latina (THORNTON, 2007).

Segundo Thornton (2007), a análise de Szasz de que a doença mental seria um mito tem um argumento filosófico mais explícito. Para ele, Szasz critica a validade da doença mental enquanto concebida como: 1) doença do cérebro; 2) algo *sui generis*.

Sobre o primeiro aspecto, Szasz argumenta que o conceito médico tradicional de doença, ou seja, disfunção fisiológica ou anatômica, precisou ser mudado para que a doença mental pudesse ser concebida.

Porém, Szasz procura mostrar que a psiquiatria moderna não identificou “patologias mentais” pelos métodos patológicos existentes, mas

<sup>1</sup> Sobre a importância da contribuição da antropologia para este debate, consultar a obra coletiva *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, coordenada por Paulo Cesar Alves e Maria Cecília de Souza Minayo.

através de uma análise de comportamento, afirmando que a psiquiatria inventou novas doenças. Em fazendo isso, alterou a significação de doença, pois doença mental não seria, estritamente falando, alteração fisiológica e/ou estrutural (SZASZ, 1974). Sobre as teorias orgânicas, Szasz concorda com alguns exemplos em que doenças mentais podem ser geradas por distúrbios físico-químicos, como psicoses geradas por intoxicações sistêmicas e acredita que, também em alguns casos, padrões físico-químicos para algumas doenças serão ainda descobertos. Porém, questiona se todas as chamadas “doenças mentais” teriam uma causa biológica, argumentando que o termo “doença mental” é estigmatizante e controlador de pessoas cujo comportamento ofende a sociedade (SZASZ, 1974)

Szasz sintetiza, a partir disso, que o conceito de doença mental é desnecessário e confuso e acrescenta: se pessoas doentes mentais são doentes cerebrais, por que não as chamar de doentes cerebrais? (SZASZ, 1974).

Sobre o segundo aspecto - a ótica da doença mental como *sui generis* -, Szasz argumenta que o

problema reside no fato de os defensores analisarem as doenças mentais em um referencial médico ou tratá-las como doenças estruturais. Segundo ele, elas se afastam das doenças estruturais tradicionais. Torna claro que o que o preocupa é o rótulo cedido aos pacientes e não nega a existência de ocorrências sociais e psicológicas problemáticas (SZASZ, 1974).

Nessa direção, as análises de Szasz questionam a cientificidade do conhecimento psiquiátrico já que o atrelam a diversos valores (sociais, culturais, éticos, econômicos e políticos), desconfigurando o sentido de ciência como conhecimento livre de valores (SZASZ, 1974).

Essas avaliações de Szasz permanecem contemporâneas, pois, de acordo com Jules Angst (2007), a rotulação diagnóstica em psiquiatria compromete até mesmo seus próprios estudos, ou seja, a admissão de pacientes em determinadas patologias tem critérios reduzidos e um desentendimento pouco compreensivo dos sintomas presentes, o que questiona o próprio diagnóstico e as pesquisas realizadas nesse sentido. Também, atualmente, muitas das pesquisas farmacológicas são feitas

sob o viés das grandes indústrias farmacêuticas (ANGST, 2007). Mas estaria o argumento de Szasz totalmente correto?

A teoria de Jaspers (apresentada nos dois volumes da *Psicopatologia Geral*, de 1913), segundo Maj (2013), vai na contramão de Szasz, pois as doenças do cérebro são uma das causas de doenças mentais e, por outro lado, alterações cerebrais podem também ser resultado de fenômenos psiquiátricos. Isso, porém, é uma possibilidade e não um pré-requisito. Além disso, um problema cerebral também pode não ser patognomônico e gerar por si só mais de um tipo de fenômeno psiquiátrico. Ainda segundo Maj (2013), apesar do grande entusiasmo dos psiquiatras pela neurociência, esta instala uma desilusão, dada à limitada relevância dos estudos no entendimento fisiopatológico das doenças mentais.

De maneira geral, grande parte dos estudiosos apoiou-se em Jaspers. Entretanto, Maj insiste que a psiquiatria moderna, ao instigar estudos em neurociência com pesquisas moleculares e por exames de imagem, criou uma armadilha, principalmente ao assumir que as doenças antes psiquiátricas teriam

uma etiologia cerebral a ser determinada. Com isso, ela fugiu do campo subjetivo da mente.

Conforme Maj, não se abre mão do diagnóstico de doença mental, mesmo que o conceito de mente não seja claro e seja limitado. Dizer que mente não existe pode parecer precipitado, mas também, devido à falta de evidências e pesquisas, o contrário é tão precipitado quanto (MAJ, 2013).

De acordo com Moreira (2011), Jaspers tinha como proposta integrar o modelo causalista-explicativo empregado pelas ciências naturais ao modelo histórico-compreensivo, culminando na criação de um método compreensivo do qual a fenomenologia faria parte como a ferramenta descritiva junto ao tradicional método explicativo-causal. Levantou o tema da *Psicopatologia Geral* de que o homem holístico, em sua enfermidade psíquica, tem como fatores influentes o espírito e a alma ou mente, entendendo alma, objetivamente, pelo que seria perceptível no mundo: fenômenos, ações, comportamentos e linguagem (MOREIRA, 2011).

Dessa forma, negar a existência de um espectro de doenças porque

não possuem causas cerebrais ou assumi-las como tal é reducionista, na medida em que pressupõe um vínculo linear entre sintomas e alteração estrutural não encontrada. Tais comportamentos levam a prejuízo o que seja a saúde que, segundo a Organização Mundial de Saúde, se define “por situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”. Os estados comportamentais mórbidos são declaradamente descritos pelos pacientes como doença. Do que se infere que as doenças mentais não podem estar compreendidas apenas nas doenças cerebrais.

Mas, por que assumir componentes orgânicos às doenças mentais? Geddes e Harrison (1997) propuseram o uso da “Medicina Baseada em Evidências (MBE)” para a defesa da prática psiquiátrica. Eles afirmaram que evidências providas por “ensaios clínicos randomizados (ECRs)” ou, melhor ainda, “revisões sistemáticas de ECRs” seriam os desenhos de estudos mais confiáveis para se avaliarem tratamentos. Todavia, uma vez que esses tipos de ensaios podem não estar disponíveis para outros tipos de análises ou intervenções, os autores também

recomendam que se sigam os já amplamente aceitos princípios da MBE, sugerindo uma hierarquia de tipos de evidência que podem ser postas em prática. Caso não tenha dados de ECRs, o praticante deve migrar para o próximo nível hierárquico de maior relevância, para escolher uma intervenção médica respaldada na melhor evidência disponível (GUEDES E HARRISON, 1997).

Mas outra série de perguntas ainda podem ser feitas nesse sentido. Por exemplo, poderiam os psiquiatras utilizar outros níveis de evidência nos esforços de se coletarem informações significantes, distintas de ECRs, que justifiquem a psicoterapia farmacológica e outros tratamentos amplamente questionados pelas correntes antipsiquiátricas? Mesmo considerando-se o risco da influência de valores e rotulações em graus variáveis no diagnóstico psiquiátrico, poderia o peso da epidemiologia, aliado a achados clínicos verificados em pacientes que atendem a critérios diagnósticos para transtornos mentais, reforçar a afirmativa de que doenças mentais conservam componentes orgânicos? Além dos desvios de conduta, comportamento e

manifestações cognitivas diversas vinculadas aos ditos “transtornos mentais”, poderiam outros sinais e sintomas associados, classicamente relatados pela literatura psiquiátrica, como insônia, fadiga, dores generalizadas e outros, reforçar a afirmativa de que doenças mentais podem influenciar outros sistemas corpóreos periféricos? As doenças mentais se extravasariam do campo da psicopatologia para a patologia? Poderiam meros aspectos sociais, culturais, éticos e espirituais do indivíduo em crise produzir tal escopo de sintomatologia sem que, de fato, haja uma base orgânica envolvida? Haveria, então, alguma relação entre o campo da somatização e as doenças mentais?

Pela revisão bibliográfica, pode-se afirmar que sim. E o que sustenta tal afirmativa são os vários trabalhos de diversos níveis hierárquicos de evidência, demonstrando o alto índice de prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em pacientes “somatizadores”. Não se pretende afirmar com isso que todos os pacientes que apresentam sintomas somáticos são portadores de transtornos mentais, mas de um bom número pode-se dizer que sim. Mas,

antes de apresentar os fatos, veja-se o conceito de somatização e termos associados.

Segundo Lipowski (1988), a somatização é uma tendência de experimentar e de comunicar sintomas somáticos não explicados por achados patológicos, com forte tendência em resposta à estresse psicossocial acarretado por situações e fatos cotidianos particularmente importantes para o indivíduo. Lipowski define o termo descritivamente, dizendo que não se trata precisamente de um transtorno psiquiátrico ou categoria diagnóstica, mas de um conceito generalizado que pode se apresentar por fenômenos clínicos diversos, geralmente associados a transtornos ansiosos e depressivos e como característica principal dos “transtornos somatoformes”.

A conceituação acima de somatização, ainda recorrente como fundamental na medicina anglófona, é atual. Na medicina francófona, uma bibliografia mais recente converge com o autor acima citado pelo entendimento de que a somatização designa, em medicina, em psicologia, em psiquiatria ou em psicanálise uma tradução física de um problema ou de um conflito psíquico ou um transtorno



somatoforme (RANTY, 1994; CATHÉBRAS, 2006; LAHLOU-LAFORÊT, 2009)

Sintomas somáticos são comuns na prática médica. Smith et al. (1986) não encontraram causa orgânica em mais de 80% das consultas de atendimento primário para avaliação de sintomas comuns, como tonturas, dor no peito ou cansaço. Fink et al. (1999) identificaram somatização em até 71% dos pacientes, seguindo os critérios da CID-10. Kroenke e Malgelsdorff (1999) encontraram etiologia orgânica justificando sintomas clínicos em apenas 16% de um grupo de pacientes que apresentavam uma ou mais de quatorze queixas clínicas.

Estima-se que pacientes somatizadores gerem custos médicos que podem variar de seis a quatorze vezes mais do que o paciente médio (FIGUEIRA et al., 1999). Nos Estados Unidos (EUA), algo em torno de 50% dos custos de ambulatórios médicos se dá por esse grupo de pacientes (BARSKY e KLERMAN, 1983).

Dentro do largo conceito da somatização, os termos mais significativos, no sentido de se empreender esforços em agrupar sob um enfoque sindrômico “sintomas

médicos inexplicáveis”, são: “Transtornos Somatoformes” e “Síndromes Somáticas Funcionais”.

Os "Transtornos Somatoformes" são termos expressos no texto revisado da 4ª revisão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, 2000), que engloba sete entidades clínicas distintas. Esses transtornos possuem em comum a presença repetida de sintomas físicos que sugerem uma condição médica generalizada associados à busca persistente de assistência médica, apesar de os profissionais nada encontrarem de anormal nesse tipo de caso, reconhecendo 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 paciente.

Em 2013, foi lançado o DSM-5 e o capítulo referente aos transtornos somatoformes foi rebatizado para “Sintomas somáticos e transtornos relacionados”. O intuito da mudança foi reforçar mais a angústia e o sofrimento desproporcional dos pacientes frente a queixas somáticas do que a presença em si de tais sintomas (DSM-5, 2013).

As especialidades clínicas têm utilizado o termo "Síndromes Somáticas Funcionais" para classificar os quadros apresentados por pacientes que se queixam de sintomas físicos cuja origem não é clara devido à ausência de marcadores biológicos de doença. Englobam entidades clínicas, como "fibromialgia", "síndrome do intestino irritável", "síndrome da fadiga crônica" etc. (PILAN e BESEÑOR, 2008).

Tais sintomas inexplicáveis são alterações funcionais sem alteração da estrutura concomitante. [...] Mesmo quando há uma base clínica para o quadro, ela não explica a natureza e a extensão dos sintomas, nem a angústia e preocupação do paciente. [...] Um sintoma somático funcional seria aquele que, mesmo após avaliação médica, não poderia ser encaixado como parte de uma doença classicamente definida (PILAN e BESEÑOR, 2008, p.1).

Independente da nomenclatura ou classificação utilizada para sintomas médicos inexplicáveis é nítida a ampla relação entre a prevalência desses sintomas e a prevalência de depressão e/ou ansiedade. Contudo, esse é um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica

médica. Pode-se notar que psiquiatras valorizam o sofrimento psicológico que esse grupo de pacientes apresenta na presença desses sintomas; já o clínico tem um maior interesse pela sintomatologia inexplicável.

Algumas pesquisas, todavia, podem discutir mais amplamente esses argumentos.

Em um estudo com 1146 pacientes com depressão maior, cerca de 2/3 relataram uma única queixa somática e metade relataram múltiplos sintomas somáticos inexplicáveis (SIMON et. al.,1996). Em uma amostra de 90.000 consultas ao clínico geral, 72% dos pacientes que receberam diagnósticos psiquiátricos tinham um ou mais sintomas físicos entre as queixas principais (SCHURMAN et al.,1985). Spitzer et al. (1994) afirmam que pacientes com transtorno de somatização comumente têm depressão coexistente (até 60%), transtornos ansiosos (até 50%), transtornos de personalidade (até 60%).

Em uma meta-análise (HENNINGSEN, ZIMMERMANN, SATTEL, 2003) de 244 estudos, demonstrou-se que depressão e ansiedade têm correlação "moderadamente forte", com Síndrome

do Intestino Irritável, Dispepsia Não-Ulcerosa, Fibromialgia e Síndrome da Fadiga Crônica.

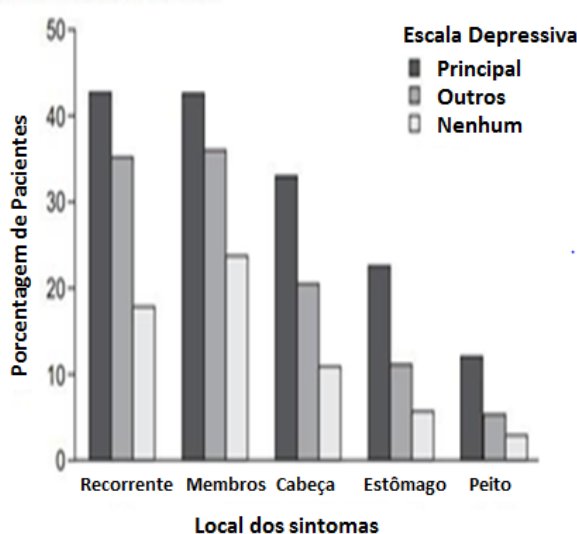
Quanto a alguns preditores que aumentam a probabilidade de transtornos depressivos ou ansiosos em pacientes com sintomas somáticos, temos que o número total destes sintomas está fortemente associado com comorbidade psiquiátrica. Pacientes que apresentam de 0 a 1, de 2 a 3, de 4 a 5, de 6 a 8 e de 9 a mais sintomas somáticos, apresentam, respectivamente, a coexistência de transtornos depressivos ou ansiosos

em 4%,18%,31%,53% e 78% dos casos (KROENKE, 2003).

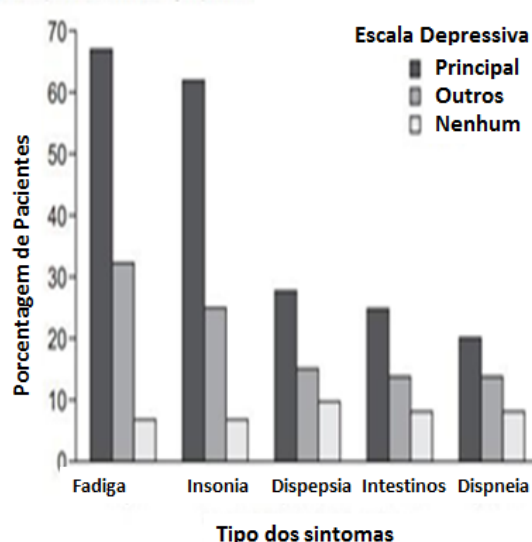
Um *mental health survey* com 3000 pacientes demonstrou que a prevalência de sintomas somáticos dolorosos (Figura 1-A) e não dolorosos (Figura 1-B) aumenta com o grau da severidade do sofrimento psicológico, sendo a prevalência de dor individual e sintomas somáticos não dolorosos mais alta em pacientes com "transtornos de depressão maior", intermediária naqueles com "outros transtornos depressivos" e pequeno naqueles sem transtornos depressivos (SPITZER et al.,1999 apud KROENKE, 2003).

**Gráfico 1 – Predomínio de Sintomas Somáticos de Dor (A) e Sem Dor (B) por tipo de Transtorno Depressivo em 3000 Pacientes de Cuidados Primários.**

A. Sintomas somáticos dolorosos



B. Sintomas somáticos não dolorosos



Fonte: SPITZER et al., 1999 apud KROENKE, 2003

Veja-se também a relação que há entre algumas síndromes somáticas funcionais e transtornos do humor. Em 2010, o *American College of Rheumatology* (ACR) propôs como critérios diagnósticos atualizados para a fibromialgia: “dor generalizada”, “fadiga”, “sono não reparador”, “sintomas cognitivos (dificuldades de memória e/ou concentração)” e “sintomas somáticos” (dor abdominal, dor muscular, etc.) (HEYMANN, 2010a). Transtornos do humor compartilham com a fibromialgia os seguintes critérios: “fadiga”, “sintomas cognitivos” e “sono não reparador” (insônia). Embora “sintomas somáticos” e “dores generalizadas” não sejam critérios diagnósticos dos transtornos do humor, a psiquiatria os relaciona ao espectro de sintomas vinculados a esses transtornos.

A “Diretriz Brasileira de Fibromialgia” afirma que até 50% dos pacientes com o diagnóstico de fibromialgia possuem alterações do humor e/ou do comportamento, muito embora o modelo psicopatológico não justifique a presença de fibromialgia (grau de recomendação B). E o número de “tender points” relaciona-se com a avaliação global da gravidade das manifestações clínicas: fadiga,

distúrbio do sono, depressão e ansiedade (grau de recomendação C) (PROVENZA et al., 2004).

Quanto ao tratamento, o “Consenso Brasileiro de Fibromialgia” aquiesce que os antidepressivos amitriptilina, fluoxetina, duloxetina, juntos ao relaxante muscular ciclobenzaprina, possuem grau de recomendação A e nível de evidência Ib (HEYMANN et al., 2010b).

Quanto à Síndrome da Fadiga Crônica (SFC), estudos mostram que transtorno da ansiedade generalizada (FISCHLER et al., 1997 e KRUESI et al., 1989), transtorno do pânico e depressão (AFARI e BUCHWALD, 2003) possuem alta prevalência entre os pacientes com SFC. Entre os critérios diagnósticos comuns entre transtornos do humor e SFC, temos: “fadiga”, “concentração e memória prejudicados” e “sono não-reparador”. Outros critérios diagnósticos de SFC também figuram entre alguns dos sintomas comumente relatados por pacientes com transtorno do humor: cefaléia, artralgia, mialgia. Entre outros sintomas relatados por pacientes com SFC, os transtornos do humor compartilham os seguintes: *brain fog* (o paciente queixa-se de uma sensação subjetiva de confusão

mental descrita como sensação de "nebulosidade"), tonteiras, sintomas gastrointestinais (náuseas, constipação etc.) e sintomas psíquicos (irritabilidade, ansiedade etc.) (AFARI e BUCHWALD, 2003 e MARCELO et al., 2009).

Embora a SFC seja caracterizada por fadiga idiopática e não relacionada primariamente a fatores psicológicos, a "Diretriz Brasileira de Síndrome da Fadiga Crônica" indica que indivíduos com predisposição à depressão e que sofrem eventos estressantes apresentam maiores níveis de fadiga em relação aos indivíduos com SFC (grau de recomendação B). E que, na investigação clínica, fatores estressantes devem ser pesquisados (grau de recomendação B). Ainda recomenda a "Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)" para a triagem desses transtornos em pacientes com SFC (Grau de recomendação B).

### 3. CONCLUSÃO

O conhecimento psiquiátrico esteve aliado ao conhecimento filosófico pelo interesse das ciências

Quanto ao tratamento, o documento afirma que a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) demonstrou benefícios significativos no funcionamento físico em adultos com SFC quando comparados com manejo médico habitual ou relaxamento (Grau de recomendação A). E com relação a medicações, a fenelzina (antidepressivo) melhorou os sintomas, funcionalidade e humor nesses pacientes (grau de recomendação A) (TRINDADE et al., 2008).

Outras síndromes somáticas funcionais também apresentam relações com transtornos do humor em graus diversos. Logo, os médicos especialistas e generalistas devem ficar atentos aos sinais e sintomas relacionados aos transtornos depressivos e ansiosos, não menosprezando qualquer queixa do paciente e, se possível, encaminhando-os para o serviço de psiquiatria.

em discutir sobre a mente e sobre o que é patológico. Separá-los é perigoso e desumanizador, já que a

análise clínica psiquiátrica tem seu berço na fenomenologia; e assumir doenças mentais como simplesmente cerebrais é reducionismo. De fato, existe o risco de rotulações desnecessárias em graus variáveis no diagnóstico psiquiátrico. Contudo,

existem evidências clínicas de diferentes hierarquias que tanto atestam um certo caráter biológico as doenças mentais através de sintomas orgânicos como contribuem para justificar a continuidade da prática psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

AFARI, N. BUCHWALD, D. Chronic fatigue syndrome: a review. *Am J Psychiatr.* N. 2. Ano 160, 2003, p. 221–36.

ALVES, Paulo Cesar e MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Orgs). *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: 2000 (4<sup>a</sup>. ed.).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: 2013 (5<sup>a</sup>. ed.).

ANGST, J. Psychiatric diagnoses: the weak component of modern research. *World Psychiatry.* N. 2, ano 6, 2007, p. 94-95.

BARSKY, A. J., KLERMAN, G. L. Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry.* N. 140, 1983, p. 273-283.

CATHÉBRAS, Pascal. *Troubles fonctionnels et somatisations. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués*. Paris: Masson, 2006.

FIGUEIRA, I., NARDI, A. E., VERSANI, M. Diagnóstico e tratamento dos transtornos somatoformes. *J Bras Psiquiatr.* N. 48, 1999, p. 35-42.

FINK, P., SORENSEN, L., ENGBERG, M., HOLM, M., MUNK-JORGENSEN, P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization and general practitioner recognition. *Psychosomatics.* N. 40, 1999, p. 330-8.

FISCHELER, B.; CLUYDTS, R.; GUCHT, Y.; KAUFMAN L.; MEIRLEIRL, K. Generalized anxiety disorder in Chronic Fatigue Syndrome (CFS). *Acta Psychiatrica Scandinava.* N. 95, ano 5, 1997, p. 405-413.

GEDDES, J.R.; HARRISSON, P.J. Closing the gap between research and practice. *British Journal of Psychiatry*. N. 171, 1997, p. 220-5.

HENNSINGSEN, P.; SPITZER, R.; KROENKE, K.; WILLIAMS, J. Validation and utility of a selfreport version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*. N. 282, 1999, p. 1737–1744.

HEYMANN, R. Novos conceitos em fibromialgia. *AtualizaDOR - Programa de Educação Médica em Ortopedia*, 2010a. Disponível em:  
<[http://www.atualizador.com.br/fasciculos/Fasciculo\\_AtualizaDOR\\_MIOLO%204.pdf](http://www.atualizador.com.br/fasciculos/Fasciculo_AtualizaDOR_MIOLO%204.pdf)

HEYMANN, R.E.; PAIVA, E.S.; JUNIOR, M.H. et. al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev Bras Reumato*. N. 5, ano 1, 2010b, p. 56-66.

JASPERS, Karl. *Psicopatologia geral. Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. Trad. do alemão por Samuel Penna Reis. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1985 (dois volumes). [Título original da obra: *Allgemeine Psychopathologie*, publicada em 1913]

KROENKE, K. The Interface Between Physical and Psychological Symptoms. Primary Care Companion. *J Clin Psychiatry*. N. 5, ano 2, 2003, p. 11–18.

KROENKE, K. e MALGESDORF, A.D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med*. N. 86, ano 3, mar.1989, p. 262-6.

KRUESI, M. J. P.; DALE, J. & STRAUS, S. E. Psychiatric diagnoses in patients who have chronic fatigue syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*. N. 50, ano 2, 1989, p. 53-56.

LAHLOU-LAFORÊT, Khadija. L'intrication entre symptômes organiques et symptômes fonctionnels: une source d'affolement. *Champ psy, L'Esprit du temps*, N. 53, n. 1, 2009, p. 9-17

LIPOWSKI, Z.J. Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*. N. 145, ano 11, 1988, p. 1358-68.

MARCELO, P et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. *Rev Bras Psiquiatr*. N. 31, 2009 , p. S7-17. (Supl I)

MAJ, M. Mental disorders as “Brain diseases” and Jasper’s legacy. *World Psychiatry*. n. 12, 2013, p. 1-3.

MOREIRA, Virginia. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. *Rev. Abordagem Gestalt*. N. 17, ano 2, 2011, p. 172-184.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Kraepelin e a questão da manifestação clínica das doenças mentais. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam*. N. 12, ano 1, 2009, p. 161-166.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Griesinger e as bases da "Primeira psiquiatria biológica". *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, n. 4, ano 10, dez. 2007.

PILAN, L.; BESENOR, I. Síndromes funcionais somáticas. *Rev Med.* N. 8, ano 4, p. 238-244.

PROVENZA, J.; POLLAK, D.; MARTINEZ, J.; PAIVA, E.; HELFSTEIN, M.; HEYMANN, R.; MATOS, J.; SOUZA, E. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Fibromialgia. *Projeto Diretrizes*, 2004. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/052.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/052.pdf)

RANTY, Yves. *Les Somatisations*. Paris: L'Harmattan, 1994.

SHURMAN, R.; KRAMER P.; MITCHELL J. The hidden mental health network. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians. *Arch Gen Psychiatry*. N. 42, ano 1, 1985, p. 89-94.

SIMON, G.; VON KORFF, M. et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med*. N. 341/1999, p. 1329–1335.

SMITH, G.R.; MONSON, R.A.; RAY, D.C. Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled study. *N Engl J Med*. N. 314, 1986, p. 1407-13.

SPITZER, R.; WILLIAMS J.; KROENKE, K.; LINZER, M.; HAHN, S. et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Family Med*. N. 3, 1994, p. 774-9.

SPITZER RL, KROENKE K, Williams JBW. Validation and utility of a selfreport version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Journal American Medical Association* n. 282, 1999, p. 1737–1744

THORNTON, T. *Essential Philosophy of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2007. 2ª. ed. Vol. I.

SZASZ, T. *The Myth of Mental Illness*. S/lugar: Perennial Library, 1974.

Recebido em:28/07/2015

Aprovado em:18/12/2015