

A Dor que Não se Vê: Depressão em Endoscopia Digestiva Alta

Sthefano Atique Gabriel*, Luciana Cristante Izar*,
Cristiane Knopp Tristão*, Lorenza Seleghini Franzin*,
Sandra Eneida Monteiro de Pina*, José Roberto Pretel Pereira Job**

RESUMO

As relações entre emoções e o aparelho digestivo são conhecidas desde os primórdios. Alguns autores afirmam que o tubo digestivo é o sistema orgânico através do qual os sentimentos se expressam mais comumente e que os distúrbios gastrintestinais constituem, com as cefaléias, as doenças psicossomáticas mais frequentes em medicina. A depressão representa um dos transtornos psiquiátricos de maior prevalência, estimando-se que até 6% da população geral seja acometida por ela. Estima-se que 15% da população apresentará sintomatologia depressiva em algum momento da vida. Durante experiências profissionais, percebeu-se um grande índice de indivíduos afetados por distúrbios gastrintestinais, muitos deles com transtornos depressivos concomitantes.

Descritor: Dor, Depressão.

ABSTRACT

The relations between emotions and the digestive device are known since the beginning. Some authors affirm that the digestive pipe is the organic system through which the feelings if they express more commonly and that the gastrointestinal disturbance constitute, with the chronic headaches, the more frequent psychosomatic illnesses in medicine. The depression represents one of the psychiatric upheavals of bigger prevalence, estimating that up to 6% of the general population is attacked for it. We consider that 15% of the population will present depressive symptoms at some moment of the life. During professional experiences, a great index of individuals affected for gastrointestinal disturbances was perceived, many of them with concomitant depressive upheavals.

Key words: Pain, Depression.

INTRODUÇÃO

“Estar doente é estar do avesso”. A doença nos leva a suspender todas as questões do cotidiano, e nos põe em contato com o nível de nossa realidade existencial, por mais íntima. Nem por isso deixa de ocultar-se mais completamente, uma vez que se desenvolve em nosso corpo, essa base material de nosso ser, eterno companheiro desconhecido.¹ A doença nos obriga a sentir nossa condição de humanos, embora poucas vezes consiga levar alguém a seguir o misterioso caminho da internalização, do olhar para dentro de si mesmo.

Cabe à medicina, historicamente, o auxílio para o alívio da dor, e a busca de resolução dos sofrimentos humanos, como seus desconfortos, angústias, dores, medos. Apóia-se na biologia, na química, na biofísica e na bioquímica. Devido ao fato de inúmeras doenças apresentarem causas ambientais, a medicina abrange

também estudos de outras disciplinas, como geografia, demografia, economia, antropologia, sociologia. Apesar disso, grande parte dos profissionais permanece atada aos seus paradigmas, no que tange às chamadas “causas internas” das doenças, deixando inexplorado um imenso campo, que foi sendo parcialmente ocupado pela filosofia, psicologia, Literatura e por outras formas de pensar e do fazer humano.²

Privilegiando a investigação objetivista, o pensamento médico tem seguido um curso que exclui as questões subjetivas de seu campo, sem manejar consequentemente aquelas problemáticas em que o “doente” mostra-se maior que o seu órgão doente, ou então, mostra-se mais complexo do que aquela parte ou função específica que expõe na consulta com o especialista. Logo, para ver não basta olhar. Só podemos ver quando temos uma idéia daquilo que o olhar busca.³

ALGUMAS PALAVRAS SOBRE SUAS DOENÇAS E SUAS DORES

As úlceras pépticas, pela sua grande incidência, pelo decurso crônico, pelas complicações, constituem a mais importante de todas as moléstias do aparelho digestivo.⁴ Trata-se de uma doença de evolução geralmente lenta, resultante da perda circunscrita de tecido, que ultrapassa os limites da muscular da mucosa e se localiza nas regiões do trato digestivo que estão em contato direto com a secreção cloridropéptica do estômago. Localiza-se, portanto, no terço inferior do esôfago, no estômago, no bulbo duodenal (mais frequentemente), no jejuno (em pacientes submetidos à gastrojejunosomia), no duodeno distal e no jejuno superior (quando há acentuada hipercloridria, como na síndrome de Zollinger-Ellison), ou no divertículo de Meckel (quando existe mucosa gástrica ectópica).⁵

A dor é, sem dúvida, o principal sintoma das úlceras pépticas. Costuma-se avaliar também, entre suas características principais, a localização, a irradiação, a cronicidade, a qualidade, a periodicidade e sua relação com a ingestão de alimentos. Essas afecções gástricas tendem a ocorrer em pacientes mais velhos (40-60 anos), masculinos, enquanto que as lesões duodenais são mais frequentes em mulheres (20-40 anos) e o seu pico de incidência ocorre na sexta década.⁶

A doença ulcerosa péptica não ocorre na ausência de ácido, mas sim quando há um desequilíbrio entre o poder auto-digestivo do suco gástrico (HCl, pepsina) e a resistência da mucosa. A

úlcera é apenas um sintoma da doença adjacente (Hiperssecção, baixa resistência da mucosa, *H. Pylori*, tumores) e sua remissão não representa cura. Em relação à secreção gástrica, a úlcera duodenal parece estar relacionada com a hipercloridria, e pacientes com úlcera gástrica podem ser normo ou hipossecutores, sendo que nesses casos a lesão parece depender de fatores defensivos da mucosa.⁶

O exame endoscópico é o método mais sensível e específico para o estudo do trato gastrointestinal superior, uma vez que permite visualização direta da mucosa e facilita a documentação fotográfica de um defeito na mesma, além de permitir a realização de biópsias do tecido, objetivando excluir a possibilidade de câncer (na úlcera gástrica) e investigar a presença de *H. pylori*. Permite ainda identificação de lesões pequenas, de difícil visualização ao exame radiológico, além de ser muito útil para determinar se uma úlcera está sangrando.⁶

Cada ulceroso gástrico ou duodenal deverá ser analisado individualmente, atentando para os sintomas que traduzem características funcionais, somáticas e psíquicas. Só assim poderemos assistir integralmente aos pacientes, cumprindo nossa missão, como médicos.⁶

EMOÇÕES E SINTOMAS

A relação entre os estados emocionais e distúrbios fisiológicos é conhecida desde os primórdios e, especialmente, a partir do século passado, novas informações são acrescentadas até os nossos dias.⁷ Alguns autores chegaram a afirmar que o tubo digestivo é o sistema do organismo através do qual os sentimentos se expressam mais comumente, e que os distúrbios gastrintestinais constituem, com as cefaléias, as doenças psicossomáticas mais freqüentes em medicina.^{2,8} A grande maioria da comunidade civilizada interpreta que adoecer é sofrer, um processo que a ciência concebe como sendo o produto de uma causa.³

Na atualidade, com estilo de vida mais comumente adotado, evidenciam-se vários fatores que predisõem aos distúrbios gastrintestinais: alimentação inadequada (o que é ingerido e como), estresse com relação ao trabalho e manutenção da qualidade de vida, problemas financeiros, entre outros.^{2,9,10}

À medida que a medicina progride em sua capacidade de responder a gênese das doenças, fica irresoluta a antiga pergunta que freqüentemente relegamos ao nosso inconsciente: por que adoecemos? O termo psicossomática, introduzido por Heinholt em 1818, objetivava definir sintomas, sinais clínicos ou doenças tidas como de origem mental.⁸ Segundo este conceito, qualquer manifestação física cuja origem fosse a mente ou o funcionamento mental seria psicossomática. Deste modo, acabou-se originando uma corrente de pensamento extremamente temerária, segundo a qual as afecções físicas para as quais não fossem encontradas as causas, e para as quais houvesse

história clínica compatível de estressores psíquicos, seriam automaticamente psicossomáticas. Isso, porém, nem sempre é verdadeiro, havendo por exemplo doenças cujas causas permanecem desconhecidas e por outro lado deixa-se de atentar para o inverso, a relação existente entre doenças do soma e sofrimento mental. Muitos profissionais tomam essa filosofia como lesiva aos pacientes e ao seu próprio trabalho. O conceito de psicossomática, portanto, não deverá jamais ser demasiado simplista, talvez favorecendo a necessária reconceitualização baseando-se à abordagem numa integração mente e corpo.^{6,9,10}

Na Grécia Antiga, escolas médicas disputavam entre si a primazia de atender melhor aos pacientes: havia aqueles que encaravam a medicina como responsável por tratar as doenças, ao passo que outros procuravam tratar os doentes. São modos diferentes de lidar com os pacientes, com resultados também diversos. Os que procuravam tratar os doentes seriam, por assim dizer, os correspondentes aos atuais defensores da idéia integrativa na psicossomática: ela abrange um conceito de completude, de integração indissolúvel mente-corpo, constituindo o homem. E se mente e corpo se fundem em homem, assim também as doenças da mente e do corpo seriam uma só, a humana.⁹

Essa teoria nos leva a pensar que não existiriam afecções da mente, levando ao adoecer do corpo: o que passamos a ver são respostas do organismo como um todo a estressores ambientais endógenos. A resposta mental coexistiria com a física, sem necessariamente haver relação causal.^{9,11,12} A rigor, a divisão em escolas psicossomacistas e não-psicossomacistas seria portanto um equívoco, uma vez que ambas correntes visam à recuperação do paciente, e não qual seria a causa da doença, mental ou corporal.³

O ser humano, sem nenhuma dúvida, é dotado de aspectos psíquicos e somáticos. A Medicina Humana tendo como objetivo o homem, uma vez que este é um ser psicossomático, deverá automaticamente ser psicossomática, ou deixará de ser Medicina. Então, reafirma-se a conclusão segundo a qual não existem correntes psicossomáticas ou não-psicossomáticas, uma vez que o último grupo se dedicaria a seres inexistentes, que seriam humanos sem psique. O termo medicina psicossomática torna-se, se encarado de modo simplista, nada mais que uma redundância.³ Em verdade, psicossomática é muito mais que tudo isso. É uma filosofia de trabalho, um plano de vida e uma postura médica. É um posicionamento do profissional diante de seu cliente, bem como das pessoas que não sejam pacientes. É uma linha de trabalho em que médico e paciente se interrelacionam, e em que se enxergam como iguais enquanto seres humanos. Qualquer ser humano vive tensões, situações controversas e como unicidade, o físico também responde a elas, sendo que o sistema digestivo mostra-se particularmente sensível, podendo manifestar suas respostas às pressões do dia

a dia como dores estomacais, diarreias ou constipações.⁸

Alguns estados mentais constituem respostas tipicamente acompanhadas de sinais e sintomas específicos. No caso da colite ulcerativa, a vítima pode estar explodindo de ira reprimida. Alguns indivíduos passam fome espontaneamente principalmente os bebês que rejeitam e cospem os alimentos, como também os adolescentes que sofrem de anorexia, recusando-se a comer, mesmo colocando suas vidas em risco com isso. Observa-se que as vítimas de úlceras pépticas são classicamente aquelas carentes de afeto.¹³

O sistema gastrointestinal é capaz de funcionar como se fosse um barômetro da tensão psicológica. A linguagem popular está cheia de expressões que ilustram a correlação emoções-vísceras: “Não consigo digerir essa situação”, “estou cheio disso”, “o que é que está lhe roendo por dentro?”, “ela me dá engulhos”, “não vou engolir essa história”.⁸

As primeiras emoções de um bebê estão intensamente associadas ao seu ciclo alimentício. Todo o universo da criança gira em torno de sua necessidade de alimentar-se. O bebê sente um primeiro alívio de seu mal-estar físico ao ser posto no colo e afagado. A alimentação está, assim, praticamente no mesmo plano do conforto e da segurança. Para o bebê, ser alimentado é sinônimo de ser amado. A fome representa rejeição e insegurança.

Outro complexo de emoções associa-se aos processos alimentares: a possessividade (de alimento, amor, objetos), a voracidade, o ciúme, a inveja. Tais sentimentos agressivos freqüentemente são considerados anti-sociais, portanto, passíveis de repressão. Conseqüentemente, tendo a sua expressão bloqueada, poderão gerar tensões permanentes, capazes de levar ao aparecimento de perturbações crônicas no trato digestivo.^{1,2,3,8,9}

A criança aprende inicialmente a expressar suas emoções em correlação com o ato de alimentar-se. Quando o bebê fica gorgolejando satisfeito, se bem alimentado; reclamando, irado, quando sente fome. Mais tarde, no decorrer da infância, tem a consciência de que está usufruindo ou propiciando prazer ao comer e ao apresentar funções intestinais satisfatórias.

Ao amadurecer, o indivíduo encontra outros meios para expressar suas emoções. Entretanto, jamais chega a livrar-se por completo dessa visão do existir vivenciando-a no ciclo alimentação-digestão-função intestinal, satisfação e insatisfação. Conservamos a capacidade potencial de utilizar as nossas vísceras a serviço do amor, do ódio, da dependência, da doação, da punição, da dominação, da frustração e de outros sentimentos, desagradáveis ou agradáveis.¹⁰

O indivíduo que recorre cronicamente aos meios digestivos para expressar seus sentimentos, certamente começará a apresentar sintomas orgânicos. Tais sintomas poderão, então, transformar-se em moléstias psicossomáticas declaradas.⁸

Anorexias podem iniciar-se na infância, tornando-se graves caso o médico não elucide para as

mães as dificuldades que a criança manifesta durante seu crescimento e desenvolvimento. Existem mães que não percebem que os filhos crescem e chegam a tratá-los como bebês de dois ou três meses durante todo o primeiro ano de vida. Há necessidade de que nós, profissionais, elucidemos para essas mães que a criança progressivamente conquista a liberdade entre os dezoito meses e os dois anos e já comem razoavelmente com suas mãos.⁸

Há também diversos relatos de que as reações às emoções que se manifestam no estômago são praticamente instantâneas. Sentimentos como derrotas, temores e desânimos são capazes de inibir as funções estomacais. A camada mucosa pode passar da coloração vermelha normal a quase branca, sendo grande parte do sangue drenada para fora dessa área. As secreções ácidas apresentam-se em níveis insuficientes.¹³ A tensão e as responsabilidades exageradas provocam aumento do volume sanguíneo do estômago, tornando a membrana ingurgitada e avermelhada. A secreção de ácido aumenta, corroendo o revestimento do estômago e caso persista, leva ao aparecimento de uma úlcera péptica.

As perturbações digestivas podem constituir um símbolo da problemática do paciente. Um paciente que não consiga, por exemplo, engolir certa situação, poderá apresentar um cárdio-espasmo, que é uma perturbação da deglutição em que ocorre uma contração da porção inferior do esôfago. Náuseas e vômitos poderão representar formas de rejeição simbólica. Os vômitos constituem uma reação às tensões geradas por situações em que há componentes de culpa em relação ao sexo.

A dor de estômago é uma reação constante frente a uma situação geradora de tensões. Por vezes ela é utilizada como instrumento de punição e controle.¹⁰ Os sintomas estomacais podem igualmente ser desencadeados pela depressão; sentimentos como o temor e a ira são também expressos por meio de cólicas abdominais e diarreias.^{1,2,14,15}

DEPRESSÃO

Depressão é uma síndrome psiquiátrica freqüente, caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas psíquicos e somáticos, que podem surgir em associação com doenças físicas.¹⁵ Quando isso ocorre, pode ser difícil determinar a precisa relação etiológica entre as duas condições, se houver.

A depressão representa um dos transtornos psiquiátricos de maior prevalência, estimando-se que até 6% da população geral seja acometida por estados depressivos. Além da elevada prevalência, estima-se que 15% da população apresentará um quadro depressivo em algum momento de sua vida.¹⁶ Um grande número de casos têm um curso crônico ou recidivante, e leva a graus variados de incapacitação com repercussões sócio-econômicas e familiares, sendo o suicídio a mais drástica conseqüência de uma depressão não tratada.¹⁷

Consiste numa síndrome caracterizada por uma constelação de sintomas psíquicos e somáticos,

de intensidade e curso variáveis. Tipicamente o quadro é caracterizado pelo humor deprimido, perda de interesse e prazer, fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Outros sintomas comuns são: concentração e atenção reduzidas, diminuição da auto-estima e auto-confiança, idéias de culpa e inutilidade, visão pessimista do futuro, idéias ou tentativas de suicídio e atos auto-lesivos, perturbações do sono e diminuição do apetite.

O diagnóstico da depressão é um procedimento essencialmente clínico e que se baseia na presença dos sintomas acima, os quais (de acordo com sua intensidade e evolução) definirão a gravidade do quadro e as subdivisões diagnósticas.^{18,19} Para se diagnosticar um transtorno depressivo, requer-se a presença de pelo menos dois sintomas típicos (humor deprimido, perda de interesse e prazer, ou fadigabilidade aumentada), e pelo menos dois dos demais sintomas comuns.^{18,19} A duração mínima dos sintomas para um diagnóstico confiável é de cerca de duas semanas. Quando os sintomas são particularmente graves e de início muito rápido, o diagnóstico pode ser estabelecido em menor período de tempo.¹⁷

Aproximadamente 10 a 15% das depressões são causadas por doenças físicas ou outras condições, como abuso de substâncias, medicamentos e alguns transtornos psiquiátricos associados. Numerosas afecções orgânicas, principalmente as doenças endócrinas e metabólicas, doenças infecciosas e neurológicas, certos tipos de câncer e mais geralmente as doenças crônicas, severas, dolorosas e invalidantes são acompanhadas de um número elevado de manifestações psiquiátricas. Particularmente, uma síndrome depressiva ou apenas uma manifestação disfórica do humor podem ser encontradas no curso de quase todas as afecções orgânicas.

Depressão em doentes crônicos é uma ocorrência comum, já que muitos desses pacientes se tornam deprimidos pelo estigma da doença, pelas limitações decorrentes ou devido ao fato de se perceberem como doentes. A depressão é uma doença grave e comum. O risco de uma pessoa da população geral desenvolver um transtorno depressivo maior durante a vida pode variar de 10 a 25% para mulheres e de 5 a 12% para homens e a incidência de morte por suicídio em pacientes deprimidos varia de 10 a 15%.¹⁷ A Organização Mundial da Saúde (OMS) calculou que em 1990 a depressão foi a quarta doença mais cara do mundo, e que será a segunda no ranking até o ano de 2010.

Dores vagas abdominais costumam acompanhar estados depressivos, frequentemente substituindo-o como equivalente e sendo comum frente a graves perdas, separações vivenciadas individualmente como importantes e decepções particularmente desorganizadora da estrutura psíquica.¹²

Aproximadamente entre os 40 e os 65 anos, quando os níveis plasmáticos dos hormônios sexuais começam a oscilar, o corpo da mulher passa por várias transformações. As manifestações clínicas

da menopausa constam de sinais e sintomas que aparecem durante esse período e que podem ser atribuídos à falência ovariana. Várias manifestações clínicas têm sido relacionadas à menopausa, de forma que a população em geral tende a atribuir ao climatério praticamente qualquer sinal ou sintoma físico ou psicológico que surja durante essa faixa etária.²⁰

Várias manifestações comuns à depressão e aos transtornos do humor de uma maneira geral estão inclusas entre as alterações psíquicas. Humor depressivo, fadiga, irritabilidade, transtornos do sono, e outros sintomas relacionados com os transtornos do humor.²⁰ De aproximadamente 75% das mulheres que reportam sintomas de climatério, 33% já experimentaram períodos de depressão. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1981, relatou que haveria um aumento na morbidade psiquiátrica 1 a 2 anos antes da interrupção da menstruação. Esta morbidade diminuiria em frequência 1 a 2 anos depois da menopausa.

Os sintomas do humor da mulher no período do climatério podem ser sintomas leves associados às outras manifestações clínicas da síndrome do climatério ou podem constituir um episódio depressivo maior.

Pelo fato da depressão mascarar-se frequentemente com sintomas físicos no aparelho digestivo e também por ser uma doença de diagnóstico clínico que passa despercebida nos consultórios dos clínicos e cirurgiões, e ainda por ser uma doença comum que altera a qualidade de vida e a própria evolução do tratamento de "doenças físicas" é que se motivou tal estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ávila LA. Doenças do corpo e doenças da alma: uma apresentação. *Est Psicol.* 1996; 13: 47-58.
2. Alexander F. Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989:80-90.
3. Chiozza LA. Porque adoecemos? A história que se oculta no corpo. Campinas: Papirus, 1987.
4. Oriente L. Aspectos clínico-cirúrgicos do estômago e duodeno. São Paulo: Sarvier, 1971.
5. Mincis M. Úlcera péptica gastroduodenal. In: Mincis M. Gastroenterologia e hepatologia, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Lemos, 1997: 313-22.
6. Del Valle J. Peptic ulcer disease and related disturbances. In: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, editors. *Harrison's principle of internal medicine.* 16a ed. New York: McGraw Hill, 2005:1746-63.
7. Vasconcellos D. Gastroenterologia prática. 5a ed. São Paulo: Sarvier, 1998: 68-84.
8. Mello AM. Psicossomática e pediatria: novas possibilidades de relacionamentos pediatra-paciente-família. Marília: Universidade de Marília, 1993.
9. Job JRPP. Ansiedade e úlcera duodenal: estudo em operários de uma fábrica de papel. [dissertação] São Paulo: IBEPEGE, 1988.
10. Sousa PR. Os sentidos do sintoma: psicanálise e gastroenterologia. Campinas: Papirus, 1992.
11. Guir J. A psicossomática na clínica laciana. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981:47-56.
12. Arruda PV. Conceito de medicina psicossomática. In: Laudanna AA. Gastroenterologia clínica. São Paulo: Santos, 1990:11-38.
13. Lewis HR. Fenômenos psicossomáticos: até que ponto as emoções podem afetar a saúde? 5a ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999.

14. Ramos DG. A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença. São Paulo: Summus, 1994.
15. Vidal CEL. Depressão e doença física. *Inf Psiquiatr.* 1994; 13(supl.1). Depressão.
16. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 1998; 25(5): 89-95.
17. Nascimento I. Depressão unipolar: uma revisão. *Inf Psiquiatr.* 1999; 18(3): 75-83.

18. Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo).* 1998; 25(5): 240-4.
19. Galucci Neto J, Campos Jr MS, Hubner CK. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2001; 3(1): 10-6.
20. Appolinário JC. A depressão na menopausa: uma entidade específica? *Inf Psiquiatr.* 1999; 18(4): 107-14.

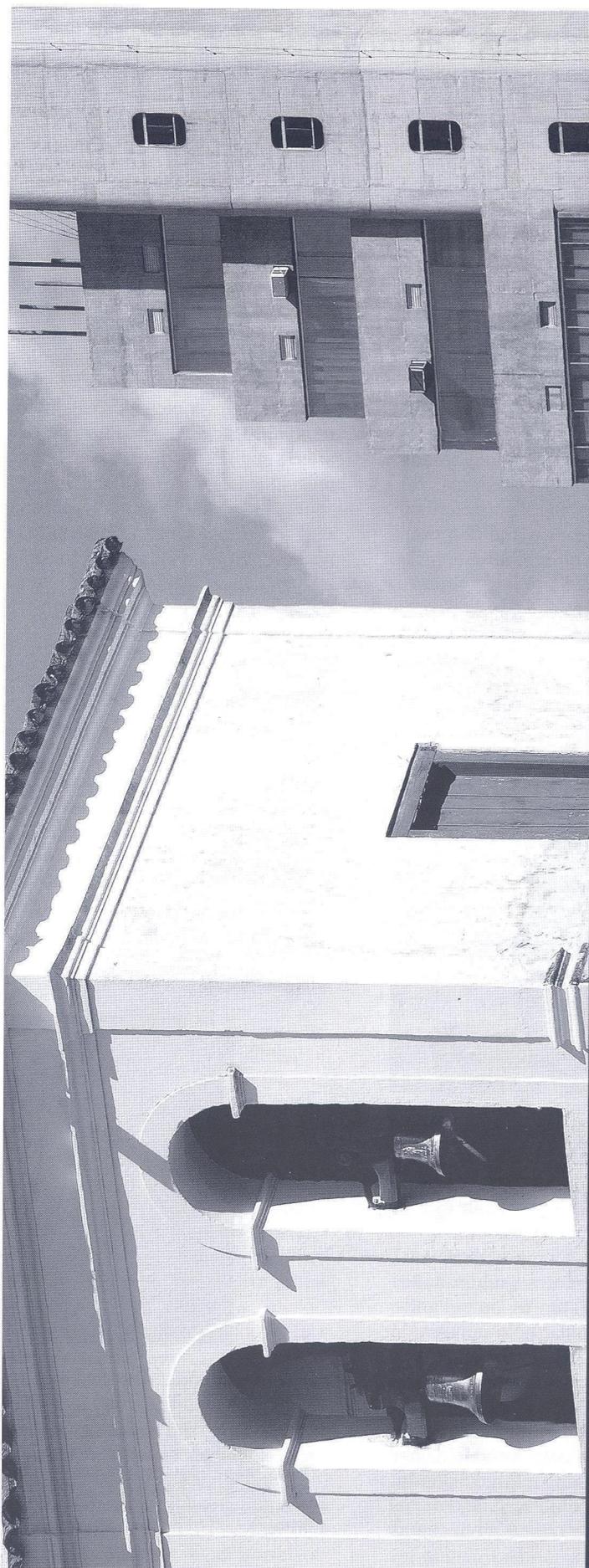


REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes do CCMB/PUC-SP

Diretoria

Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martínez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Boccato Jr.



*“De tudo...
ficou um pouco.”
Drumond*

Imagem: Tiago Macambira