

O SISTEMA DIGESTÓRIO E AS EMOÇÕES

José R. Rocha Júnior¹ | Alexandre Barbosa² | Ana Rita Bandeira² | Claudete Tavares² | Marinaldo Barbosa²



RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo realizar um estudo sobre a relação do sistema digestório e as emoções, com enfoque psicossomático. Contextualizando pontos referentes à fisiologia do sistema digestório, as principais doenças desencadeadas, a simbologia relacionada ao mesmo e a relevância das emoções no processo de somatização. Tendo como princípio a visão psicossomática de homem, considera-se este como um ser que deve ser visto em sua totalidade, o processo de saúde/doença não deve ser considerado de forma fragmentada, mas levando em consideração toda a vivência do indivíduo, o seu contexto e as suas crenças.

PALAVRAS-CHAVES

Sistema Digestório. Emoções. Psicossomática.

RÉSUMÉ

Le present travail a objectivé effectuer une étude sur les relations de l'appareil digestif et des émotions, avec le foyer psychosomatique. En mettant dans un contexte les points par rapport à la physiologie de l'appareil digestif, des maladies principales déclenchées, du symbolisme lié à celui-ci et de la pertinence des émotions dans le processus de somatization. On a eu comme principe la vision psychosomatique d'homme, où il est considéré comme un être vue dans sa totalité, les processus de santé / maladie ne devrait pas être considéré d'une façon fragmenté, mais prendre en considération l'existence entière de l'individu, son contexte et leurs croyances.

MOTS-CLÉS

L'appareil Digestif. Emotions. Psychosomatique.

O presente trabalho tem como objetivo abordar em uma perspectiva da psicossomática a relação existente entre o sistema digestivo com os aspectos das emoções, como também enfatizar pontos acerca da simbologia que caracteriza o mesmo. Partindo destes princípios visa-se demonstrar sua estrutura fisiológica, as tradicionais doenças associadas, ressaltar o conceito de emoções e quais são as contribuições destas para o desenvolvimento e adoecimento dos órgãos que compõem sua estrutura fisiológica.

A psicossomática estuda a relação existente entre o corpo e a mente, buscando compreender como estes influenciam um ao outro, se interessa, também, pelo entendimento de como se realiza o processo de somatização no indivíduo, direcionando sua visão não para as causas e razões que levam a este acontecimento, mas, objetiva-se analisar os aspectos particulares envolvidos neste, considerando também a cultura, crenças e valores que o compõem e o identifica na construção da sua personalidade. Diante deste contexto é importante mencionar a simbologia, as representações sociais que as pessoas constroem acerca de um determinado tema, e como estas representações se apresentam na sociedade.

As emoções são fatores essenciais para a sobrevivência humana. É através das emoções que expressamos nossos sentimentos, sensações, algo de origem muito particular presente na vida do indivíduo, a mesma é entendida como um componente cognitivo, onde o sistema límbico é o agente gerador desta, conforme escrito anteriormente esta pesquisa visa o entendimento destes fatores de origem corporais, especificamente do sistema digestivo provocando impactos nos aspectos emocionais presente na vida das pessoas.

Portanto, diante da concepção apresentada pela psicossomática este trabalho objetiva contribuir para a assimilação do sistema digestivo, em termos fisiológicos, assinalando suas principais doenças, pontuações a respeito das emoções e simbologia, atuando diretamente no processo de desenvolvimento e adoecimento dos órgãos que compõem o aparelho digestivo. As doenças aqui apresentadas são: Gastrite, Úlcera, Doenças Hepáticas, Obesidade e Anorexia Nervosa.

1.1 A Somatização e o Processo do Adoecer

O termo psicossomático, como diz Engel, citado por Campos e Rodrigues (2005) designa a interface entre os processos somáticos e psicológicos. O termo psicossomático não deve ser utilizado no sentido de causalidade, mas de várias relações existentes entre a mente e o cérebro, entre fenômeno e processo a serem observados tanto em termos psicológicos quanto somáticos.

Neste domínio é importante então que se compreenda o processo de adoecer não como um evento casual na vida de uma pessoa, mas como representação ou resposta do organismo, como uma pessoa que vive em sociedade em relação recíproca com outras pessoas e são parte ativa de uma microestrutura familiar, inserida na macroestrutura social e cultural, situada em determinado ambiente físico, procurando resolver do melhor modo possível os problemas de sua existência no mundo (ENGEL CITADO POR CAMPOS E RODRIGUES, 2005).

Desta forma, considera-se que toda doença é psicossomática, já que incide num ser provido sempre de soma e psique, inseparáveis, anatômica e funcionalmente. Sendo assim,

seja qual for o fator etiológico, a doença incide no ser humano detentor de vida mental, além de social e somático. Passa, portanto, a ser psicossomática pelas suas repercussões.

Segundo Laplanche e Pontalis, citados por Campos e Rodrigues (2005) o conflito intrapsíquico ocorre quando surgem no espaço mental, determinadas representações mentais que apresentam exigências internas contrárias, como, por exemplo, entre um desejo e prescrições morais, ou entre sentimentos contraditórios. Assim, o conflito pode se tornar fonte de insatisfação e sofrimento, portanto, gerador de emoção, sobretudo quando o indivíduo não consegue resolvê-lo de forma satisfatória.

Quando o conflito intrapsíquico torna-se persistente e intenso, a emoção decorrente gera um estado de tensão, que buscará um escoamento por acesso emocional e somático, tenderá a se expressar com o intuito de aliviar a tensão e favorecer a manutenção da homeostase psíquica; o conteúdo do conflito nem sempre se mostra de maneira muito clara e pode não estar presente de forma manifesta, explícita, na consciência. Em função disso, o conteúdo de tal conflito sofre uma tradução, expressa na formação do sintoma (CAMPOS E RODRIGUES, 2005).

No processo de somatização, devem ser considerados, sobretudo os tipos de resposta emocional resultantes da avaliação que a pessoa faz da realidade e seus mecanismos pessoais e particulares de enfrentamento da situação. O adoecer é uma maneira somática de enfrentamento, de particular interesse à psicossomática. As manifestações orgânicas ou somáticas são formas de expressão das emoções no enfrentamento de situações vivenciais. Quanto menos eficientes são os mecanismos psíquicos e cognitivos de sentir, falar e agir, mais o sistema somático é utilizado para expressar emoções.

A somatização ocorre quando os sintomas envolvidos dizem respeito aos órgãos e sistemas, mas não se encontra uma correspondência de alteração fisicamente comprovada. Somatizar acaba sendo um tipo de sofrimento emocional que se manifesta sob a forma de queixas físicas. Aparece mais como um sintoma, encontrado em muitos estados emocionais, do que como uma doença específica (BALLONE, ORTOLNI E NETO, 2007).

Um dos primeiros passos para o tratamento dos pacientes somatizados deve ser conscientizá-los sobre a importante participação dos fatores emocionais nos sintomas queixados, tentar uma mudança no significado cultural de suas doenças e incentivar maior honestidade pessoal sobre sua natureza emocional. Os inimigos naturais da conscientização são o aspecto depreciativo que as razões psíquicas tem na cultura ocidental, a ideia fictícia que a sociedade atribui aos componentes psíquicos dos sintomas, ou, ainda, a falsa ideia de que toda ocorrência psíquica depende da "boa vontade" e das "ideias positivas" do paciente.

2 ASPECTOS GERAIS DA FISILOGIA DO SISTEMA DIGESTÓRIO

O sistema digestório é responsável por realizar a digestão alimentar, a digestão por sua vez, segundo Pinel (2005), é o conjunto de processos pelos quais os componentes dos alimentos são transformados em substâncias assimiláveis pelas células. Ao serem ingeridos alimentos, eles passam por cada estrutura que compõem o aparelho digestivo. Cada estrutura realiza uma função, a depender de como administramos nossa higiene pessoal, alimentar e emocional, qualquer uma dessas estruturas podem apresentar mal funcionamento, tendo como consequência um possível desenvolvimento de doenças denominadas psicossomáticas em alguns dos órgãos relacionados ao sistema digestório.

Desta forma, segundo Douglas (2006, p. 795) “o sistema digestório é formado por órgãos especializados e é responsável pela incorporação de substâncias alimentares que gerem energia suficiente para o crescimento e desenvolvimento do corpo”.

Já o sistema neuroendócrino realiza a integração dos órgãos do sistema digestivo para seu adequado funcionamento e de forma ao melhor aproveitamento das substâncias introduzidas para as necessidades do corpo.

Para seu adequado funcionamento o sistema digestório é composto de funções gerais: ingestão de alimentos, digestão, absorção e defecação. Para que o processo digestório ocorra naturalmente e eficazmente deve envolver os compartimentos digestórios na sua ordem gradual, onde as substâncias alimentares passam de um compartimento para o outro, na medida em que ocorre a digestão. Os processos digestórios são:

Compartimento 1 – Bucal: através da boca insere-se os alimentos, que por um processo de pressão intra-oral ocorre a mastigação triturando-os à medida que é misturado à saliva, formando-se o **bolo alimentar**;

Compartimento 2 – Deglutitório (faringeo-esofágico): com o final da mastigação ocorre a deglutição, ou seja, o bolo alimentar segue em direção à faringe, por onde é transportado em alguns segundos até o estômago;

Compartimento 3 – Estocagem gástrica: o bolo alimentar ao chegar ao estômago é armazenado sem muitas alterações, porém, à medida que fica depositado sofre degradações provocadas pela ação da saliva já a ele incorporada desde a boca e da secreção gástrica, compondo-se o **quimo** que segue para o duodeno-intestinal;

Compartimento 4 – Duodeno-entérico (duodeno-intestinal): considerado o componente mais importante do sistema digestivo, por ser onde ocorrem as transformações digestórias fundamentais, como a total degradação do alimento e a absorção dos alimentos e dos nutrientes liberados durante a digestão, processos auxiliados pelas secreções biliar, pancreática e entérica. Assim o duodeno é o responsável pelo esvaziamento do estômago e absorção dos alimentos e nutrientes pelo corpo, sendo considerado o **coração digestório** onde se completam as fases decisivas da função digestiva;

Compartimento 5 – Coprogênico (Intestino grosso proximal): o intestino grosso recebe apenas o **conteúdo** intestinal, ou seja, os elementos que não foram absorvidos pelo duodeno-intestinal, sendo transformados em fezes que são compostas de 30% dos alimentos não digeridos, 30% de massa bacteriana saprófita, 30% de células descamativas intestinais e 10% de muco e água;

Compartimento 6 – Defecatório (Intestino grosso distal): formado pelo cólon descendente, sigmoide e reto e com limitação externa pelo esfíncter anal externo, nesse compartimento ficam armazenadas as fezes até a defecação, processo controlado pelos adultos através do sistema piramidal do córtex cerebral (DOUGLAS, 2006).

3 DOENÇAS RELACIONADAS AO APARELHO DIGESTÓRIO

Gastrite: É uma das doenças mais comuns que corresponde ao sistema digestório, de origem inflamatória, apresentando como característica o ataque a mucosa gástrica. A

inflamação mencionada desenvolve-se como uma resposta natural ao organismo que sofre uma agressão ao seu processo integral, mas, esse retorno natural pode ocasionar nos aparecimentos de sinais e sintomas típicos desta doença (MORENO E ARAÚJO, 2005).

Existem dois tipos de gastrite: aguda (emocional) e crônica (bactéria).

Gastrites Agudas permitem uma abordagem mais simplificada, por serem de aparecimento súbito, evolução rápida e facilmente associadas a um agente causador que muitas vezes são medicamentos, infecções (má alimentação ou alimentação carregada) e estresse físico ou psíquico. As principais queixas: dor e queimação no abdome, perda de apetite, sangramento digestivo, náuseas e vômitos (BLUMENFIELD e TIANSON-KASSAB, 2010).

A gastrite crônica é caracterizada em primeiro lugar pela presença da bactéria *Helicobacter pylori* no estômago, a segunda característica é a considerável redução na produção do ácido gástrico e inflamação.

O tratamento indicado para gastrite irá depender diretamente do agente causador. No caso da gastrite aguda será associada ao uso de medicações antiinflamatórias associadas ao uso de medicamentos que neutralizem, inibam ou bloqueiem a secreção ácida do estômago.

Segundo Moreno e Araújo (2005) a gastrite é consequência da emoção de raiva quando não canalizada em que afeta o estômago. A gastrite muitas vezes, tem diferente significado para os leigos e para os médicos, ou seja, muitos utilizam o termo gastrite para representar os vários desconfortos relacionados com o aparelho digestório.

Dentre os principais fatores etiológicos da gastrite está o estresse, o qual parece desencadear a gastrite, principalmente, através da isquemia da mucosa gástrica. Alterações emocionais, também, produzem mudanças distintas na função gástrica. Estados de raiva, prazer intenso ou padrões de comportamento agressivo relacionado à ativa participação do sujeito com o ambiente levam à hiperemia gástrica com aumento da motilidade e das secreções. De maneira inversa, há palidez das mucosas com diminuição da atividade motora e da secreção gástrica em estados de medo, depressão ou por desligamento com outros indivíduos. Assim como a atividade cerebral pode afetar o sistema gastrointestinal (SGI), o recíproco é verdadeiro, pois as alterações no SGI também podem afetar a percepção da dor, alterar o humor e ainda modificar algumas funções mentais (SCALON e FERNANDES, 2010).

Úlceras: Segundo Ballone, Ortolani e Neto (2007) a úlcera é em geral o nome que se dá a uma lesão erosiva; quando essa erosão se dá na mucosa gástrica ou duodenal, é chamada de úlcera gastroduodenal, gástrica ou duodenal, dependendo do local agredido.

A úlcera duodenal é mais comum que a gástrica, sendo que os dois tipos ocorrem com mais frequências em pessoas que são normalmente tensas, preocupadas ou que vivem em situação de estresse. Quando não tratadas rapidamente as úlceras podem atingir grandes áreas, obrigando assim a remoção por meio cirúrgico. Além disso, podem levar à morte, uma vez que se trata de feridas que vão perfurando o tecido. O conceito mais importante da natureza da úlcera, entretanto, emergiu na década de 40, quando foi finalmente apontada como uma doença psicossomática. As pesquisas dos efeitos do estresse sobre o organismo foram fontes principais de conceito que predomina até hoje.

Diferentes estudos feitos com portadores de fístulas permitiram conhecer melhor as

102 | relações que existem entre a função digestiva, principalmente gástrica, e o comportamento, incluindo até o mundo interior do sujeito. Segundo Grace e Graham, citados por Haynal, Pasini, Archinard (2001) a úlcera seria desencadeada por um impulso de agressividade não exteriorizado contra um ambiente hostil. É, para outros pesquisadores como típico de personalidades que exprimem profundos desejos de dependência, pessoas que buscam a segurança pelo êxito profissional, o não êxito poderia ser uma variante importante para o desenvolvimento desta patologia.

Por muito tempo o funcionamento do ulceroso foi descrito como ele “engole” não exterioriza, impõe-se a um constrangimento interior. Tendo ampliado este conceito, hoje se sabe que há muitos fatores da úlcera, como: genéticos, comportamentais co-morbidez médica.

Em 1978, Freyberg citado por Haynal, Pasini e Archinard (2001) relacionou fortemente a alexitimia (dificuldade externa de emoções e sentimentos) à ocorrência de transtorno psicossomático no aparelho digestivo. As patologias mais vinculadas às emoções contidas eram a úlcera duodenal e a retocolite ulcerativa.

A existência de uma personalidade ligada especificamente à úlcera não é mais admitida, no entanto a inter-relação do estresse e de forma particular sua percepção pelo indivíduo ainda se mostra relevante para compreensão do indivíduo como um todo. “Permanecendo a constatação de que a úlcera representa uma alteração significativa na qualidade de vida dos pacientes e que a ela se associam distúrbios psicológicos frequentemente subestimados” (HAYNAL; PASINI; ARCHINARD, 2001).

Doenças Hepáticas: O fígado tem grande importância no sistema digestório no que diz respeito à degradação dos alimentos para posterior absorção pelo organismo. Assim, a bile que é produzida no fígado, é responsável pela emulsificação das gorduras e sua quebra, para o armazenamento na vesícula biliar e posterior liberação para o duodeno onde ocorrerá a absorção dos alimentos e nutrientes pelo corpo.

Existem algumas doenças hepáticas que estão diretamente relacionadas com o sistema digestório e que podem não ser percebidas de início pelo paciente, mas apenas através de exames laboratoriais. Entre as principais consequências clínicas estão a icterícia e a colestase. A icterícia é evidenciada clinicamente através da coloração amarelada da pele e das escleras (icterícia), devido à retenção de bilirrubina pigmentada. Já na colestase ocorre não só a retenção de bilirrubina, mas a de outros solutos eliminados na bile (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000).

Outra consequência grave de lesões hepáticas é a insuficiência hepática. Quando esta ocorre 80 a 90% das funções do fígado já devem estar comprometidas. Entre outras coisas pode ocorrer hemorragia digestiva e muitas vezes a única medida é o transplante do fígado. No entanto, segundo Cotran, Kumar e Collins (2000) menos de 30% dos pacientes sobrevivem. Os sinais clínicos que podem ocorrer são a icterícia, comprometimento cerebral devido a hiperamonemia, o feto hepaticus que é um odor corporal descrito como “bolorento” ou “agridoce”.

A insuficiência hepática pode comprometer vários sistemas orgânicos como o respiratório, renal e digestório, onde ocorrendo hemorragia o intestino absorve o sangue atribuindo uma carga metabólica ao fígado o que agrava a insuficiência hepática. Esta apresenta um prognóstico degradante da saúde e da vida, onde cerca de 80% dos pacientes

O cérebro pode ser atingido ocorrendo a encefalopatia hepática, caracterizada por alterações na consciência que comprometem causando alterações do comportamento, confusão acentuada e estupor, podendo também ocorrer coma profundo e morte.

O estágio terminal das doenças hepáticas crônicas é apresentado através da cirrose, que está entre as 10 maiores causas de morte no ocidente, e consiste numa fibrose progressiva que produz basicamente as seguintes características: septos fibrosos em ponte, nódulos parenquimatosos e ruptura da arquitetura de todo o fígado. Embora a cirrose esteja mais relacionada pelo senso comum como derivada do alcoolismo, existem outros fatores que contribuem como a hepatite crônica, a sobrecarga de ferro e a doença biliar.

Algumas doenças inflamatórias do fígado são de conhecimento social e ocorrem por simples agressões ao fígado que convoca as células inflamatórias. Tem-se a hepatite viral, ocasionada por infecções virais sistêmicas como a mononucleose infecciosa, a infecção por citomegalovírus, e a febre amarela. As mais conhecidas são a hepatite A (HAV), bastante conhecida pela humanidade desde as guerras; atualmente é típica dos países tropicais, estando relacionada mais a falta de higiene e saneamento básico eficientes. É comum em todo o mundo, sendo benigna e com um período de incubação de duas a seis semanas. A hepatite B (HBV) pode ocasionar uma hepatite crônica e culminar em cirrose, e servir de base para a ocorrência da hepatite D (HDV). Esta hepatite tem grande ocorrência no mundo apresentando uma taxa mundial de 300 milhões de infectados (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000). Outras existentes são as hepatites C e E.

As doenças hepáticas, muitas vezes terminais, trazem uma nova realidade para o paciente. Apesar de todos sermos potencialmente terminais, visto estarmos vivos e passíveis de acometimentos letais, não temos no dia a dia a percepção desse fato. O contrário não ocorre com os pacientes em quadro grave e sem esperanças de vida. Estes consideram, de acordo com Kastenbaun, citado por Barreto (2010), que a morte começa quando há o comunicado da doença, quando há a consciência e reconhecimento do fato de que nada mais pode ser feito. Esse processo de conscientização e reconhecimento não ocorre no mesmo momento do prognóstico, mas num processo do "sentir e pensar, da comunicação interpessoal". O prognóstico do médico tem o peso de uma sentença que estabelece a condição da saúde. Os familiares se defrontam com esse prognóstico com reações de confusão, hostilidade, raiva e frustração (BARRETO, 2010).

Quando não se há mais nada para fazer diante da ameaçadora doença, restam encontrar formas de suprir as necessidades emocionais e espirituais do paciente. A maior simbologia deste momento é traçada pela própria sociedade que reforça o fim trágico com a aceitação do estado terminal. De acordo com Barreto (2010), o apoio afetivo, cognitivo e espiritual contribui para a eliminação do desespero, evitando o *burnout psicológico* do paciente, e com o envolvimento da família para evitar o abandono e proporcionar conforto.

4 O PAPEL DO TRATO GASTRINTESTINAL NA FOME E SACIEDADE

As pessoas têm ideias diferentes entre comer pouco ou comer muito, o que influencia diretamente no peso corporal. Esse fato é enfatizado pela existência cada vez mais evidente de transtornos alimentares como a obesidade e a anorexia. A maior crença das pessoas em relação à alimentação, segundo Pinel (2005), é que a fome e consequente ingestão de

104 | alimentos ocorrem quando o corpo está necessitando de mais energia. Seguindo este pensamento, ou seja, se nos alimentamos quando necessitamos de energia, deveríamos nos alimentar numa proporção adequada de equilíbrio (*set point*), para simplesmente satisfazer as necessidades fisiológicas e nutricionais do corpo para ter uma boa saúde. Entretanto, não é bem isso que ocorre, visto que a fome e a ingestão de alimentos são propulsores de transtornos alimentares por não estarem associados aos déficits de energia do corpo.

Para a satisfação alimentar e nutricional do corpo o sistema digestório ocorre, segundo Pinel (2005), em três fases metabólicas. A primeira é a fase cefálica que é preparatória do processo de absorção dos alimentos pelo corpo. Corresponde, na parte fisiológica, aos componentes 1 (bucal), 2 (deglutitório) e 3 (estocagem gástrica). A segunda é a fase de absorção onde o corpo recebe a energia proveniente da absorção dos alimentos e nutrientes, correspondendo ao componente fisiológico 4 (duodeno intestinal) da parte fisiológica. E a terceira é a fase de jejum, onde o corpo utiliza as reservas de energia para suas necessidades, pelo fato de já não existir outro tipo de energia disponível. Esta fase é continuada com uma nova fase cefálica.

Existem dois hormônios pancreáticos que controlam o fluxo de energia nessas três fases, estes são a insulina e o glucagon. A insulina tem as funções de promover: o uso da glicose como o principal combustível do corpo, a transformação de glicose em glicogênio, ou seja, permitindo seu armazenamento no fígado e nos músculos, além do armazenamento de gordura no tecido adiposo e proteínas nos músculos. Já o glucagon permite a utilização de ácidos graxos livres como principal combustível do corpo, além da transformação dos ácidos graxos livres em cetonas para utilização dos músculos como energia.

Nas fases cefálicas e de absorção os níveis de insulina são elevados e os de glucagon são baixos, ocorrendo na primeira fase diminuição dos níveis de combustíveis transportados pelo sangue e na segunda a utilização e armazenamento desses combustíveis. Na fase de jejum, ocorre o contrário, os níveis de glucagon são elevados e os de insulina baixos, ocorrendo a utilização dos ácidos graxos livres pelo corpo como principal energia enquanto o uso da glicose é inibida.

Os processos de utilização da energia absorvida e armazenada pelo corpo, desequilibrando o nível energético, irão proporcionar a fome para que haja a reposição de alimentos e energia. No entanto ocorrem variações entre as pessoas no incentivo positivo, que consiste na motivação de ingerir alimentos não pelos déficits de energia interna, mas pelo prazer de comer.

As pressões evolutivas de faltas inesperadas de alimentos nos moldaram, juntamente com outros animais de sangue quente que necessitam de suprimento contínuo de energia para manter sua temperatura corporal, para tirar vantagem da presença de alimentos bons e comê-los. (PINEL, 2005).

Assim, segundo o autor, a fome é decorrência da presença ou da previsão de comida, além de outros fatores que possam induzir o ato de comer, como o fato de estar em um ambiente em que outros estão comendo, da nossa educação alimentar e da preferência por alguns sabores.

Quando comemos, os alimentos interagem com os receptores do trato gastrointestinal, como os localizados no estômago, ocorrendo à liberação de substâncias químicas (peptídeos) com papéis de hormônios e neurotransmissores que, através da corrente sanguínea,

comunicam ao cérebro a quantidade e natureza dos alimentos promovendo a saciedade. Entre esses peptídeos está o glucagon, que é elevado na fase de jejum, e a insulina que é produzida pelo pâncreas, como visto anteriormente.

4.1 Obesidade

A obesidade é considerada, atualmente, um grande problema de saúde pública. Na obesidade pode ocorrer a passagem da fase de absorção diretamente para uma nova fase cefálica, onde a pessoa não experimenta a fase de jejum. Apesar dos fatores genéticos contribuírem para a ocorrência deste transtorno alimentar, explica-se o seu considerável aumento a partir da evolução da espécie humana onde os momentos de pouca comida ameaçavam a sobrevivência dos membros da espécie, promovendo um aumento da ingestão de alimentos nos momentos de muita comida para acumular energia. Esse comportamento foi repassado através das gerações (PINEL, 2005).

Somado a esse fato existem várias práticas e crenças culturais que ensinam formas de alimentação, como por exemplo, quantas vezes por dia se deve comer independente da fome e a presença constante de comida em reuniões. Esses fatos fazem com que os estímulos naturais que indicam as necessidades de captação de energia pelo corpo sejam ignorados. Algumas frases populares representam os variados aspectos culturais: "fome de poder", "sede de vingança", "fulano é um pão", "coma feijão e apareça", como também o fato de que comida apazigua, conhecimento este utilizado por babás, companhias de aviação e rituais festivos (MELO-FILHO, CITADO POR COTRAN, KUMAR E COLLINS, 2000). A ingestão de mais energia do que o corpo necessita acaba se acumulando em gorduras e promovendo a obesidade.

A obesidade está associada a doenças mentais, principalmente a doença maniaco-depressiva (DMD). Porém, existem vários tipos de comportamentos alimentares que provocam a obesidade. Melo-Filho, citado por Cotran, Kumar e Collins (2000) aponta alguns como os "*couch potatoes*" que são aquelas pessoas que ficam comendo em frente à televisão. Esse autor afirma, também, que "comer pode significar o desejo hostil de erradicar um inimigo, a necessidade de receber amor, de segurança, de medo de sofrer privações, de reação a perdas, de separações, etc." (MELO-FILHO, 2000). Segundo Dalgalarrodo (2008), "um ponto relevante é que os obesos tem dificuldade em diferenciar a fome de sensações desagradáveis, desconforto, ansiedade e disforias de um modo geral. Todo mal estar é logo falsamente percebido como fome".

4.2 Anorexia Nervosa

Anorexia nervosa é um transtorno alimentar em que a pessoa come muito pouco e mesmo tendo um aspecto de magro, considera-se gordo. Consiste numa inanição auto-induzida com acentuada perda de peso (COTRAN, KUMAR E COLLINS, 2000). Esse comportamento traz um grave prejuízo para a saúde. A ocorrência deste transtorno está associada a aspectos culturais em que se cobra um perfil corpóreo de magreza, principalmente nas sociedades industrializadas, sendo respondida pelas dietas e desenvolvendo o transtorno.

De acordo com Dalgalarrodo (2008) "ser atraente está ligado à magreza" e também pode ser originada a partir da "tentativa de controlar os conflitos (na área da sexualidade, relacionamento com os pais, etc.) por meio do controle do peso e da imagem corporal". Segundo Pinel (2005) o valor de incentivo positivo de interagir com a comida é diferente

106 | do de ingeri-la. Fato comprovado em observações onde alguns anoréxicos falam sobre comida e cozinham para outras pessoas comerem. Assim, os anoréxicos não possuem um incentivo positivo, suas refeições provocam constantemente aversões a gostos de comidas.

A anorexia nervosa e também a bulimia, que é a ingestão em excesso de alimentos seguida de vômito provocado, são comportamentos que promovem a desnutrição da pessoa, desnutrição essa primária por consistir na ausência dos nutrientes necessários para o corpo. Como o corpo não pode efetuar suas funções de absorção de alimentos e nutrientes surgem várias complicações que envolvem o sistema endócrino ocorrendo *amenorreia* que surge com a diminuição do hormônio de liberação das gonadotrofinas. Ocorre também a redução dos hormônios tireóideos, ocorrendo "intolerância ao frio, bradicardia, constipação e alterações da pele e dos cabelos" (COTRAN; KUMAR; COLLINS, 2000), podendo ocorrer anemia, arritmias cardíacas e morte súbita.

5 SIMBOLOGIAS RELACIONADAS AO SISTEMA DIGESTÓRIO

De acordo com Ballone, Ortolani e Neto (2007) o sistema gastrintestinal é muito sensível às emoções. Simbolicamente o ser humano relaciona o aparelho digestivo a expressões que refletem uma série de emoções como: Não consigo engolir esse fato; Isso me embrulha o estômago; Isso não me desce; Aquela garota é apetitosa; O sabor da emoção; Engolir sapos; Isso é uma cagada; Que merda! Fiquei com água na boca.

Há fenômenos somáticos que acompanham as diferentes emoções ou afetos, sendo estes agrupados em duas grandes categorias: a angústia que assinala o perigo; a depressão que assinala a perda, mudança, tendo para o indivíduo um sentido negativo. Estes sintomas podem ser investidos de certa expressividade. Por exemplo, as tendências retentivas se manifestariam pela constipação, o vômito poderia ser "expressão de alguma coisa simbólica que está no estômago, insuportável, os sintomas sendo a expressão de um conteúdo psíquico na linguagem do corpo" (HAYNAL; PASINI; ARCHINARD 2001).

São queixas não explicáveis pela medicina, a maioria se encontra ligada ao sistema digestivo: distúrbios do trânsito esofagogástrico, ipigastrias, peso abdominal, gases, dores abdominais funcionais, entre outras. Basta lembrar que a criança localiza no abdome todas as dores difusas e vagas.

O caráter relacional precoce das funções digestivas explica ao fato de as dores abdominais difusas serem frequentemente objeto de queixas hipocondríacas. Essas dores vagas podem acompanhar um estado depressivo, e mesmo substituí-lo como seu equivalente, após uma perda grave, frustrações ou decepções. Como afirma Lydiard citado por Haynal, Pasini, Archinard (2001) 42% dos pacientes de síndrome de pânico se queixam, principalmente, de sintomas abdominais associados.

Estar alimentado e ser objeto de cuidados, como higiene, fazem parte dos primeiros modos de relação para o ser humano, tanto quanto para o animal. O primeiro contato social consiste em receber alimento e com ele o apaziguamento da fome, em seguida vem a possibilidade de não aceitar, de recusar, cuspir o alimento e com a dentição, de morder. Em termos psicanalíticos diz-se que em torno das satisfações orais vai se organizar o primeiro liame relacional, libidinal e agressivo. O bebê leva para dentro de si (engole) tudo que lhe parece "bom" e recusa o que lhe parece "ruim" (HAYNAL, PASINI, ARCHINARD 2001).

Essa ligação com o mundo exterior e essa maneira oral de interiorizar se exprime posteriormente na linguagem quando se fala de uma mulher “doce” de, “comer com os olhos”, de não “engolir alguém/algo”, de algo que fica “atravessado na garganta”, que “dá nojo”. A agressividade oral se traduz por expressões como “ranger os dentes”, ser mordaz, enquanto a vinculação afetiva-moral se manifesta no uso popular do verbo comer em sua conotação sexual.

Distúrbios do aparelho digestivo superior incluem os odores da boca, a ruminação, os distúrbios da deglutição ou disfalias. A aerofagia, a eructação, o cardioespasmo, a sensação de ter o epigástrico inflado, a “queimação no estômago”, os distúrbios de apetite, as náuseas, os vômitos. Pelo vômito, o indivíduo busca se desfazer de algo nocivo para o organismo. Esta nocividade pode ser física, mas também ligada a fantasmas conscientes ou inconscientes. Assim, muitas vezes o engolir pode contrariar um desejo profundo do indivíduo.

Em relação ao aparelho digestivo inferior aparece a constipação que acompanha diferentes doenças orgânicas do trato digestório, nas constipações funcionais nota-se, sobretudo, uma fragilidade do estado geral do paciente, dores de cabeça, angústias. Ela é um dos sintomas somáticos da depressão e da ansiedade patológica.

Como afirma Haynal, Pasini, Archinard (2001) a constipação está ligada à fixação a um estado afetivo em que a solução dos problemas passa pela retenção (estágio anal), o sujeito que passa por uma situação de conflito é levado a “não mudar nada” e manter aquilo que já adquiriu. São pacientes que geralmente apresentam uma grande resistência, desejam de forma inconsciente manter congelada a situação.

Nota-se também que as diarreias funcionais são desencadeadas pela angústia aguda na maioria das vezes em crianças e nas situações em que o sujeito sente-se submetido a uma grande exigência, comum no caso de provas, guerras, ou antes, de uma palestra importante. Segundo Alexander citado por Haynal, Pasini, Archinard (2001) as diarreias seriam uma forma de exprimir tendências a cometer falhas e às vezes de repará-las.

Ainda como ressalta Castelli e Silva (2007) a diarreia é um sintoma ligado à problemática do medo “ele está cagado de medo, está se borrando de medo”. Quando temos medo, não sobra tempo para análise das impressões, e assim as expelimos sem serem digeridas. Retiramo-nos para um lugar tranquilo e agradável, onde podemos deixar os acontecimentos seguirem seu curso. Com isso, há perda de líquido que dá flexibilidade necessária para expandir e transpor as fronteiras do eu que nos infundem medo e causam sensação de aperto.

Segundo Castelli e Silva (2007) o abdome é a caixa de ressonância das emoções. O trato gastro intestinal é filogeneticamente o sistema mais velho do corpo, e daí ser muito usado para expressar emoções que não se podem expressar pelas vias regulares.

A digestão abrange a captação das impressões materiais do mundo, a discriminação do que é suportável ou não, da assimilação dos materiais benéficos e expulsão dos indigeríveis. Ela está relacionada à razão e ao processo usado de forma racional para digerir o que vem de fora, ou seja, a forma como lidamos com situações concretas.

Ao falar da simbologia, é notável no intestino delgado ocorrer a verdadeira digestão dos alimentos, através de um processo de divisão dos mesmos em seus elementos componentes (análise) e sua possível assimilação. Portanto, quando nos deparamos com mo-

108 | léstias no intestino delgado, devemos atentar para a possibilidade de estar envolvido um importante componente analítico, pois a função deste órgão é analisar, separar em partes, verificar os detalhes. Ele também indica um medo excessivo da sobrevivência, de não conseguir aproveitar bem e “morrer de fome”, já que é lá que eles são aproveitados (CASTELLI E SILVA, 2007).

No intestino grosso acontece a finalização da digestão, com a absorção da água que restou nos alimentos digeridos.

A psicanálise interpreta a defecação como um ato de doação e generosidade, e o excremento tem relação simbólica com o dinheiro. Se o intestino delgado corresponde ao consciente analítico, o intestino grosso corresponde ao inconsciente, no sentido literal ao submundo, e as fezes são conteúdos do inconsciente. Quem teme perder a vida, ou afirmar a própria personalidade, perde sangue e muco. São pessoas grudentas, pegajosas, que têm necessidade de se fazerem boazinhas e, dessa forma, renunciam da sua própria personalidade e vivem em função do outro. (CASTELLI; SILVA, 2007).

6 CONCLUSÃO

A Psicossomática traz em si uma visão de homem na sua totalidade, este ser humano que é dotado de corpo e de mente, mas vistos não mais de uma maneira dicotômica, mas de forma integral, permitindo assim falar de interrelação, circularidade.

O corpo é apontado, sobretudo como o veículo de expressão das emoções, o processo de somatização ocorre quando algo não vai bem e, geralmente, o indivíduo não consegue externalizar, causando assim no mesmo um sofrimento psíquico que passa também a ser físico, levando ao adoecimento.

Vale ressaltar, como afirma Campos e Rodrigues (2005), que o adoecer não é um acontecimento casual na vida da pessoa, mas algo que muitas vezes revela o sofrimento nas interrelações estabelecidas consigo mesmo e com outras pessoas. É neste sentido que podemos dizer que psicossomática leva a uma postura que possibilita escutar aquilo que está oculto no discurso da paciente, o que ele não pode expressar verbalmente.

Estudando o sistema digestório foi possível verificar que este está intimamente ligado às emoções, o que muitas vezes tem revelado aspectos inerentes ao desenvolvimento de determinadas patologias. Como foi analisada por diversos autores, em toda doença acontece o processo de somatização, visto que se parte do princípio da interrelação soma e psique.

As muitas simbologias a respeito do sistema digestório e emoções corroboram a ideia de que não se pode olhar o indivíduo em partes isoladas, a partir de uma perspectiva linear de causa-efeito, mas lançar-se para um olhar amplo que considera o biológico, social, psicológico, espiritual e ambiental como sendo fatores que constituem o ser humano, e se algum destes elementos deixa de ser analisado não se poderá ver o todo. É importante ainda que este indivíduo seja considerado na sua unicidade e singularidade, podendo ter respostas diferentes frente a situações semelhantes.

Conclui-se assim que por meio da compreensão psicossomática os sintomas sejam analisados não como algo a ser eliminado, mas como mensageiros de um apelo a ser com-

preendido e a partir desta compreensão se poderá, juntamente com o indivíduo, entender o significado do adoecer e do viver, num processo de conscientização de que o mesmo é protagonista do seu processo de cura.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ceres Alves de; MORENO, Maria Teresa Nappi. **Emoções de raiva associadas à gastrite e esofagite**. Disponível em: <www.metodista.br>. Acesso em: 23 maio 2011.

BALLONE, G. J, NETO, E. P, ORTOLANI. **Da emoção à lesão**: um guia de medicina psicossomática. 2 ed. São Paulo: Manole, 2007.

BARRETO, Francisco José Trindade de. A morte e o morrer: a assistência ao doente terminal. In: **Psicossomática hoje**. Júlio de Mello-Filho e colaboradores. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BLUMENFIELD, Michael; TIAMSOM-KASSAB, Maria. **Medicina Psicossomática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CAMPOS, Elisa M , RODRIGUES, Avelino L . Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. Mudanças – **Psicologia da Saúde**, 13 (2), jul-dez 2005, 271-471p, disponível em: <www.metodista.br>. Acesso em: 23 maio 2011.

CASTELLI, Andrea A, SILVA, Maria Julia. "Faz isso, faz aquilo, mas eu tô caindo..." - Compreendendo a Doença de Chron. **Rev Esc Enferm**, USP 2007; 41(1):29-35. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 20 maio 2011.

COTRAN, Ramzi S.; KUMAR, Vinay; COLLINS Tucker. **Robbins Patologia estrutural e funcional**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DOUGLAS, Carlos Roberto. **Tratado de fisiologia aplicada às ciências médicas**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

HAYNAL, A; PASINI, W; ARCHINARD, M. **Medicina psicossomática**: abordagens psicossociais. 2. ed. MEDSI, 2001.

PINEL, John P. J. **Biopsicologia**. Tradução Ronaldo Cataldo Costa. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SCALON, Daniela, FERNANDES, Walkyria: Abordagem Osteopática na Gastrite Osteopathy Approach in Gastritis. In: **Revista Eletrônica Inspirar**, Centro de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde, 2010- v. 2, n. 2, mar/abr 2010. Disponível em < www.inspirar.com.br>. Acesso em: 20 maio 2011.

Recebido em: 26 de fevereiro de 2013
Avaliado em: 27 de fevereiro de 2013
Aceito em: 27 de fevereiro de 2013

- 1 Doutor em Psicologia e Professor Titular do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes.
- 2 Alunos do curso de graduação do curso de Psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes.