REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

A INFLUÊNCIA DO ESTRESSE E DOS FATORES EMOCIONAIS NO DESENVOLVIMENTO E AGRAVAMENTO DE DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

THE INFLUENCE OF STRESS AND EMOTIONAL FACTORS ON THE DEVELOPMENT AND WORSENING OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Ciências da Saúde • 02/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793467873

Ayla de Melo Ribeiro[1]

Andressa Costenaro de Alencar[2]

RESUMO

Estresse e fatores emocionais aparecem na literatura associados a sintomas físicos em diferentes sistemas do corpo. Ora essa relação é descrita como causa, ora como associação. O objetivo deste artigo foi analisar a influência do estresse e dos fatores emocionais no surgimento e no agravamento de doenças psicossomáticas, com destaque para a relação entre saúde mental e saúde física e para a contribuição da Psicologia. Trata-se de revisão narrativa da literatura com busca sistematizada no PubMed/MEDLINE, na LILACS, via Biblioteca Virtual em Saúde, e na SciELO, com descritores MeSH e DeCS. Dos 160 registros identificados, 23 estudos foram analisados na íntegra e organizados em seis eixos: mecanismos fisiológicos do estresse, populações específicas, distúrbios gastrointestinais, dor crônica, prurido crônico e contribuição da Psicologia. Os estudos associaram estresse, trauma na infância, ansiedade, depressão, ruminação e traços de personalidade a queixas psicossomáticas, à gravidade de sintomas gastrointestinais, à fibromialgia e ao prurido crônico. Os estudos com pacientes tiveram, em sua maioria, desenho transversal. Os estudos longitudinais mostraram a sequência temporal entre as medidas, sem demonstrar causa. A evidência foi mais consistente para o agravamento e a manutenção dos quadros do que para o seu surgimento, e parte dos dados indicou relação nos dois sentidos. A Psicologia contribui na identificação dos pacientes e em alvos de intervenção como ruminação, enfrentamento e somatização, em atuação conjunta com a Medicina. A eficácia dessas intervenções foi pouco testada nos estudos analisados.

Palavras-chave: Adaptação Psicológica; Emoções; Estresse Psicológico; Psicologia; Transtornos Psicofisiológicos.

ABSTRACT

Stress and emotional factors are associated in the literature with physical symptoms across different body systems. Sometimes this relationship is described as causation, and sometimes as an association. The objective of this article was to analyze the influence of stress and emotional factors on the onset and aggravation of psychosomatic diseases, highlighting the relationship between mental and physical health, as well as the contribution of Psychology. This is a narrative literature review with a systematized search in PubMed/MEDLINE, LILACS (via the Virtual Health Library), and SciELO, using MeSH and DeCS descriptors. Out of 160 identified records, 23 studies were fully analyzed and organized into six axes: physiological mechanisms of stress, specific populations, gastrointestinal disorders, chronic pain, chronic pruritus, and the contribution of Psychology. The studies associated stress, childhood trauma, anxiety, depression, rumination, and personality traits with psychosomatic complaints, severity of gastrointestinal symptoms, fibromyalgia, and chronic pruritus. Most studies involving patients had a cross-sectional design. The longitudinal studies showed the temporal sequence between measurements without demonstrating causality. Evidence was more consistent regarding the aggravation and maintenance of the conditions than their onset, and some data indicated a bidirectional relationship. Psychology contributes to the identification of patients and to intervention targets such as rumination, coping, and somatization, working in conjunction with Medicine. The efficacy of these interventions was scarcely tested in the analyzed studies.

Keywords: Psychological Adaptation; Emotions; Psychological Stress; Psychology; Psychophysiological Disorders.

1. INTRODUÇÃO

Dor de cabeça, dor de estômago e dificuldade para adormecer são queixas comuns entre jovens e costumam ser tomadas como sinal de estresse (Låftman; Östberg, 2025). Estudos suecos registram aumento de problemas de saúde mental, entre eles os sintomas psicossomáticos, nas novas gerações de adolescentes (Giannotta *et al.*, 2022). Em serviços especializados, os fatores emocionais também aparecem com frequência. No centro de prurido crônico do Hospital Universitário de Münster, na Alemanha, 40,1% dos 6.374 pacientes registrados entre 2007 e 2016 relataram diagnóstico psiquiátrico prévio ou atual (Schneider *et al.*, 2020).

O modelo biopsicossocial explica a doença como resultado da disfunção dos campos biológico, psicológico, comportamental e socioeconômico. Ele se opõe ao modelo biomédico, que a entende como consequência linear de uma alteração biológica. Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021) registram que o modelo biopsicossocial é ensinado nos cursos de Medicina, mas que a prática clínica continua em grande parte biomédica. Essa distância entre o modelo aceito e a prática é o ponto de partida deste trabalho.

O termo psicossomático mudou de sentido ao longo do tempo. Kumuda *et al.* (2018) relatam que a primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), de 1952, incluiu os transtornos psicossomáticos. A segunda edição, de 1968, os definiu como sintomas causados por fatores emocionais, restritos a um único sistema orgânico, em geral sob inervação autonômica. Na década de 1980, o DSM-III renomeou a categoria como fatores psicológicos que afetam condições físicas. A definição de 1968 afirma causa, e a maior parte dos estudos atuais mede associação. Por isso,

este trabalho usa os termos a seguir com sentidos distintos, mantidos ao longo de todo o texto.

Doença psicossomática é o quadro diagnosticado clinicamente, restrito a um sistema orgânico sob controle autonômico, em que se investiga a participação de fatores emocionais no surgimento ou no curso. Da definição de 1968, o trabalho mantém a delimitação a um único sistema e deixa de lado a atribuição de causa. Somatização é a tendência de expressar sofrimento emocional sob a forma de sintomas físicos (Keskin, 2019). Sintoma somático é a queixa física relatada pelo paciente, com ou sem causa orgânica identificada. A somatização é inferida da quantidade e da intensidade desses sintomas, como no questionário PHQ-12 usado por Shiha *et al.* (2021). Sobrecarga psicossomática designa os problemas de saúde sem causa médica evidente relatados em questionário por pessoas sem diagnóstico clínico, que Grigorian *et al.* (2024) chamam de queixas psicossomáticas. Resposta fisiológica ao estresse designa as alterações medidas no organismo, como as de cortisol, alfa-amilase e pressão arterial, que por si não constituem doença.

As fontes não concordam sobre a natureza da relação. Alfvén, Grillner e Andersson (2019) tratam o estresse negativo como causa primária da dor recorrente em crianças. Gouveia e Ávila (2010) descrevem os fatores emocionais como precipitadores, contribuidores ou exacerbadores da doença intestinal, sem considerá-los causadores diretos. Diante dessa divergência, o problema de pesquisa é: de que forma o estresse e os fatores emocionais se relacionam com o surgimento e o agravamento de doenças psicossomáticas?

A questão tem peso prático. Låftman e Östberg (2025) observam que as queixas psicossomáticas servem como indicador de estresse no monitoramento da saúde pública, embora poucos estudos tenham testado essa relação de forma empírica. Schneider *et al.* (2020) registram que nem todo paciente com prurido crônico tem acesso a avaliação psicológica ou psiquiátrica e buscam critérios que orientem o encaminhamento. Na síndrome do intestino irritável, a diretriz britânica citada por Shiha *et al.* (2021) reserva as terapias psicológicas para pacientes que continuam sintomáticos depois de 12 meses de tratamento médico. Saber o que a evidência sustenta define onde a atuação psicológica tem base e onde ela depende de estudos que ainda não foram feitos.

O objetivo geral é analisar a influência do estresse e dos fatores emocionais no surgimento e no agravamento de doenças psicossomáticas, com destaque para a relação entre saúde mental e saúde física e para a importância da atuação psicológica. Os objetivos específicos são descrever os mecanismos fisiológicos e psiconeuroendócrinos da resposta ao estresse, examinar a associação entre estresse e sobrecarga psicossomática em trabalhadores, adolescentes e adultos jovens, analisar as evidências sobre fatores emocionais nos distúrbios gastrointestinais, na dor crônica e no prurido crônico, distinguir associação, sequência temporal e causalidade nos estudos analisados e identificar as contribuições da Psicologia na avaliação e no manejo desses quadros, em perspectiva interdisciplinar.

2. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão narrativa da literatura com busca sistematizada. A busca seguiu estratégias definidas antes da coleta,

com descritores controlados e bases de dados escolhidas. A seleção obedeceu a critérios de inclusão e exclusão fixados antes da triagem. O trabalho não se classifica como revisão sistemática. Não houve registro de protocolo, avaliação da qualidade metodológica por instrumento padronizado nem triagem independente por dois avaliadores, e o número final de estudos foi limitado à extensão do artigo.

A questão norteadora seguiu a estratégia PECO, adaptação da estratégia PICO para estudos sem intervenção. A população foi formada por pessoas com doença psicossomática, com sobrecarga psicossomática ou expostas a estresse. A exposição incluiu estresse psicológico e fatores emocionais, como ansiedade, depressão, trauma, traços de personalidade e regulação emocional. A comparação envolveu grupos com menor exposição ou sem o quadro, quando o estudo tinha grupo de comparação. O desfecho foi o surgimento ou o agravamento de doença ou de sintomas psicossomáticos. A questão norteadora coincide com o problema de pesquisa.

A busca foi realizada em setembro de 2026 em três bases. O PubMed/MEDLINE reúne a literatura internacional indexada pelo vocabulário MeSH. A LILACS, consultada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), reúne a produção latino-americana indexada pelo vocabulário DeCS. A SciELO reúne periódicos brasileiros e latino-americanos de acesso aberto. Os descritores foram "Stress, Psychological", "Emotions" e "Psychophysiologic Disorders" no MeSH e seus equivalentes no DeCS: "Estresse Psicológico", "Emoções" e "Transtornos Psicofisiológicos". O termo "psicossomático" figura nos dois vocabulários como sinônimo de entrada, e não como descritor preferido. Por isso, as estratégias somaram termos livres aos

descritores. O operador OR uniu os termos de cada conceito, e o operador AND uniu os dois conceitos. No PubMed, a estratégia incluiu o filtro para estudos em humanos. A SciELO não permite busca por descritor, e a estratégia usou termos livres com truncamento.

Foram incluídos estudos em humanos que examinassem a relação entre estresse ou fator emocional e o surgimento ou o agravamento de doença ou de sintoma psicossomático. Os desenhos aceitos foram revisões, coortes, estudos caso-controle e estudos transversais. Foram excluídos os estudos que só descreviam a doença, sem relação com estresse, os estudos em modelo animal e os relatos de caso isolados. Também saíram as cartas, os comentários e os editoriais de opinião, os ensaios de eficácia terapêutica sem análise da relação entre estresse e doença e os estudos com foco exclusivo em transtorno psiquiátrico, sem componente somático.

A definição de doença psicossomática adotada na triagem foi a estrita, restrita a um único sistema orgânico sob controle autonômico. O transtorno conversivo e as crises psicogênicas não epilépticas ficaram de fora, por pertencerem a outra categoria diagnóstica. O recorte se limitou a quatro domínios: dor, sistema gastrointestinal, pele e tensão musculoesquelética. Estudos com desfechos cardiovasculares, endócrinos, autoimunes, oncológicos ou respiratórios foram excluídos. A classificação considerou o domínio do sintoma analisado, e não o diagnóstico de base. Por isso, os estudos com pacientes com artrite reumatoide entraram no eixo da dor. Houve três exceções. Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021) e Howard (2023) discutem sistemas fora do recorte e foram mantidos pelos mecanismos gerais da resposta ao estresse. Da revisão de Zheng, Sun e Lv (2026), que reúne estudos clínicos e em

animais, só a parte clínica entrou na análise. O editorial de Guidetti, Faedda e Siniatchkin (2016) foi mantido pela discussão conceitual sobre a natureza psicossomática da enxaqueca na infância.

A seleção ocorreu em três etapas. Na primeira, foram retirados 4 registros duplicados. O estudo de Luz *et al.* (2019) apareceu nas três bases, e dois outros artigos apareceram em duas. Restaram 156 registros. Na segunda etapa, os registros foram triados pelos critérios de elegibilidade. Os registros do PubMed foram exportados sem resumo, e a triagem dessa base considerou o título e os dados bibliográficos. Os registros da LILACS e da SciELO foram avaliados por título e resumo. Foram excluídos 61 registros. Outros 49 não trouxeram informação suficiente para decisão e não foram incluídos. Uma introdução editorial foi separada como material de referência e não entrou na análise. Os 45 registros elegíveis foram ordenados por prioridade. O primeiro critério foi a correspondência com os domínios delimitados ou com os mecanismos gerais da resposta ao estresse. O segundo foi o tipo de estudo, na ordem revisão sistemática, estudo longitudinal ou caso-controle e estudo transversal. Com esses critérios, 25 estudos formaram o corpus principal, e 20 ficaram em reserva. Na terceira etapa, os estudos do corpus principal foram lidos na íntegra. Dos 25, 23 compõem a análise.

De cada um, foram extraídos autores, ano, país, desenho do estudo conforme declarado pelos autores, participantes, instrumentos, principais resultados numéricos e limitações declaradas. Os números foram conferidos nas tabelas dos artigos originais. As discrepâncias entre texto, resumo e tabelas foram registradas na análise. Os estudos foram agrupados em seis eixos temáticos: mecanismos fisiológicos e psiconeuroendócrinos do estresse,

estresse ocupacional e em populações específicas, distúrbios gastrointestinais, dor crônica e tensão musculoesquelética, manifestações dermatológicas e contribuição da Psicologia. Em cada eixo, os resultados de cada estudo são apresentados antes da análise crítica. A análise seguiu três regras. A primeira foi identificar o desenho metodológico pelo nome que os autores lhe dão. A segunda foi separar o resultado do estudo, a interpretação dos autores e a interpretação deste trabalho. A terceira foi distinguir associação, sequência temporal e causalidade.

3. ESTRESSE: MECANISMOS FISIOLÓGICOS E PSICONEUROENDÓCRINOS

Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021) partem do modelo biopsicossocial. Nesse modelo, a doença resulta da disfunção dos campos biológico, psicológico, comportamental e socioeconômico. Os autores registram que o modelo é ensinado nos cursos de Medicina, mas que a prática clínica continua em grande parte biomédica. As fontes não definem estresse da mesma forma. Para Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021), estresse é o estímulo que ameaça a integridade física e psicológica e provoca respostas biológicas e comportamentais. Para Kumuda *et al.* (2018), é a resposta do corpo a influências externas nocivas. Este trabalho adota a seguinte convenção: estressor é o estímulo, e resposta ao estresse é a reação do organismo.

O termo psicossomático também mudou de sentido. Kumuda *et al.* (2018) relatam que o DSM-II, de 1968, definia os transtornos psicossomáticos como sintomas causados por fatores emocionais, restritos a um único sistema orgânico sob inervação autonômica. O DSM-III renomeou a categoria como fatores psicológicos que afetam

condições físicas. A definição de 1968 afirma causa, e os estudos desta seção medem associação. Por isso, este trabalho usa três termos com sentidos distintos. Doença psicossomática é o quadro diagnosticado clinicamente, como os estudados por Kumuda *et al.* (2018). Sobrecarga psicossomática são os sintomas relatados em questionário, como os medidos por Schneider *et al.* (2025). Resposta fisiológica ao estresse são as alterações medidas no organismo, que por si não constituem doença.

Segundo Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021), o estresse leve e breve ativa o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), o sistema nervoso simpático e o sistema imunológico. Os autores descrevem esse processo, chamado de alostase, como benéfico. Schneider *et al.* (2025) acrescentam o tempo de cada sistema. O simpático reage logo após a percepção do estressor, com aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e redução da atividade digestiva. O eixo HPA é mais lento, e o pico de cortisol ocorre entre 15 e 30 minutos depois. Kumuda *et al.* (2018) atribuem ao cortisol o papel principal de conter os efetores da própria resposta ao estresse.

No estresse crônico ou traumático, esses mecanismos são hiperativados e desgastam a capacidade homeostática, processo chamado de carga alostática (Tollos; Theodorakopoulou; Christodoulou, 2021). Os autores associam o trauma na infância, de forma dose-dependente, a mais doença psiquiátrica e somática. Associam o mesmo trauma à desregulação do eixo HPA, à inflamação latente com aumento de interleucina-6 e proteína C-reativa e ao encurtamento dos telômeros. No estresse crônico, descrevem alterações de dendritos no hipocampo, na amígdala e no córtex pré-frontal, sem informar se os achados vêm de estudos em humanos ou em animais. Os autores tratam a carga alostática como

via para a doença psicossomática, mas a revisão não traz dados próprios que testem essa tese.

Kumuda *et al.* (2018) compararam o cortisol salivar de 100 mulheres na pós-menopausa com transtorno psicossomático de cabeça e pescoço com o de 100 mulheres sem esse diagnóstico. Os autores não nomeiam o desenho do estudo e descrevem um grupo de estudo e um grupo controle. A média foi de 32,73 ng/mL no grupo de estudo e de 10,24 ng/mL no controle ($p < 0,001$). Na avaliação deste trabalho, o estudo não sustenta a conclusão dos autores de que o cortisol salivar serve como biomarcador de estresse. Houve uma coleta por participante, o que impede saber se o cortisol elevado antecede o quadro. Só o grupo de estudo teve a história de estresse como critério de inclusão.

Schneider *et al.* (2025) apresentam seu trabalho como estudo longitudinal com avaliação ambulatorial. Mediram a alfa-amilase salivar, índice do sistema simpático, e o cortisol salivar, índice do eixo HPA, em 42 professores suíços. As coletas ocorreram em dois dias de trabalho e em um dia de folga, e a sobrecarga psicossomática foi reavaliada dois anos depois. A razão alfa-amilase/cortisol se correlacionou com estresse no trabalho ($r = 0,53$) e com exaustão vital ($r = 0,38$) no seguimento. O cortisol mais baixo se associou a mais exaustão vital ($r = -0,42$). Os dois estudos apontam o cortisol em direções opostas. Eles diferem em população, forma de coleta e desfecho, e não se comparam de forma direta. Os próprios autores tratam seus resultados como correlacionais.

Howard (2023) reexamina a hipótese da reatividade. Segundo essa hipótese, aumentos exagerados da pressão arterial e da frequência cardíaca diante do estresse contribuem para doença cardiovascular.

A autora registra que essa associação é confiável, mas costuma ser fraca, e pesa mais na progressão da doença do que no seu início. No modelo biopsicossocial de desafio e ameaça que ela discute, quem avalia ter recursos para enfrentar a situação responde com aumento do débito cardíaco. Quem avalia não ter recursos responde com aumento da resistência vascular, estado que a autora considera potencialmente mais danoso. Ela mesma ressalva que o valor preditivo desses perfis não foi estabelecido por estudos prospectivos.

Nenhuma das quatro fontes autoriza afirmar que o estresse causa doença psicossomática. Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021) e Howard (2023) revisam a literatura sem descrever método de seleção. Kumuda *et al.* (2018) medem os grupos em um único momento. Schneider *et al.* (2025) mostram a sequência temporal entre as medidas, sem demonstrar causa. As fontes convergem na variação individual. Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021) citam predisposição genética, traços de personalidade, renda, rede social e dificuldades familiares entre os fatores de vulnerabilidade. Schneider *et al.* (2025) e Howard (2023) associam o neuroticismo a respostas fisiológicas distintas. O mecanismo fisiológico descreve a via da associação, mas não explica por que pessoas expostas ao mesmo estressor evoluem de formas diferentes. Essa explicação exige a integração entre Medicina, Psicologia e ciências sociais.

4. ESTRESSE OCUPACIONAL E EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Três dos quatro estudos desta seção vêm da Suécia e medem o que este trabalho chama de sobrecarga psicossomática. Os autores chamam esse fenômeno de queixas ou sintomas psicossomáticos. Grigorian *et al.* (2024) definem as queixas psicossomáticas como problemas de saúde sem causa médica evidente, indicativos de

estresse psicossocial. Nos três estudos, o próprio participante relata as queixas em questionário, sem diagnóstico clínico.

Luz *et al*. (2019) fizeram uma revisão sistemática sobre a saúde de professores, seguindo a declaração PRISMA, em oito bases de dados. A busca retornou 2.479 artigos publicados entre 1997 e 2016, e 32 entraram na análise. Esse número depende dos critérios de seleção. Depois de retirar duplicatas e ler os títulos, os autores mantiveram só artigos de periódicos indexados ao mesmo tempo no JCR, no SJR e no Google Acadêmico. Em seguida, exigiram que cada artigo tivesse pelo menos dois indicadores de impacto acima da média. Parte dos artigos saiu por critério bibliométrico, sem relação com a qualidade do estudo. Os 32 estudos apontaram como principais desfechos os transtornos psicossomáticos, com ênfase no estresse e na síndrome de burnout, e os distúrbios da voz. Carga de trabalho, relações interpessoais e condições do ambiente escolar foram os fatores mais citados. Dos 32 estudos, 17 eram transversais, 2 eram longitudinais e 13 não especificavam o desenho. Os próprios autores registram que o desenho transversal limita a inferência de causa. Luz *et al*. (2019) incluem estresse e burnout entre os transtornos psicossomáticos, uso mais amplo do que o adotado neste trabalho.

Låftman e Östberg (2025) apresentam seu trabalho como comunicação breve baseada no estudo de coorte nacional sueco Futura01. Analisaram 2.708 jovens aos 17 e 18 anos, em 2019, e aos 20 e 21 anos, em 2022. O estresse percebido foi medido pela Escala de Estresse Percebido de Cohen. As queixas psicossomáticas foram medidas por um índice de dor de estômago, dor de cabeça e dificuldade para adormecer. O estresse percebido respondeu por cerca de 17% da variação das queixas na primeira coleta e 18% na segunda. Na análise de primeiras diferenças, o aumento do estresse

ao longo do tempo acompanhou o aumento das queixas. Os autores explicam que esse método controla fatores de confusão que não mudam com o tempo, mas não define a direção da relação. Admitem que as queixas também são capazes de gerar estresse e não descartam um terceiro fator ligado às duas. O índice tem três itens e consistência interna baixa, com alfa de 0,63 e 0,59. O título do artigo afirma que as queixas indicam estresse, enquanto a conclusão dos próprios autores fala em atribuição parcial, e os dados sustentam a formulação mais contida.

Grigorian *et al.* (2024) usaram a mesma coorte Futura01, com 2.684 participantes, para estudar solidão e pertencimento. Nas análises transversais, a solidão se associou a mais queixas psicossomáticas e o pertencimento a menos queixas, nas duas idades. Na análise prospectiva, os autores ajustaram os resultados pelas queixas relatadas aos 17 e 18 anos. Com esse ajuste, solidão e pertencimento isolados perderam significância estatística. Só o grupo com alta solidão e baixo pertencimento manteve mais queixas aos 20 e 21 anos do que o grupo com baixa solidão e alto pertencimento (b = 0,42). Os autores interpretam esse achado como relação temporal. Entre as limitações, citam a medida de solidão e pertencimento por um único item e a perda de participantes, maior entre homens, filhos de pais com menor escolaridade e filhos de pais nascidos fora da Suécia. Como os dois estudos usam a mesma coorte, este trabalho não os trata como confirmações independentes.

Giannotta *et al.* (2022) examinaram a direção oposta, das queixas para os transtornos mentais. Usaram a coorte SALVe, da região de Västmanland, com adolescentes de 13 e 15 anos acompanhados por três e seis anos. Aos seis anos, 1.174 participantes continuavam no estudo. Os sintomas psicossomáticos iniciais se associaram a

sintomas depressivos elevados três e seis anos depois (razão de chances de 1,06 nos dois momentos), com controle da depressão inicial. Dor de cabeça e dor de estômago se associaram ao diagnóstico de depressão (razão de chances de 1,40) e de ansiedade (razão de chances de 1,30) aos seis anos. O diagnóstico foi informado pelo próprio participante. A inclusão dos sintomas psicossomáticos aumentou em 3% a variação explicada nos modelos de depressão. Os autores reconhecem que mediram os sintomas só no início do estudo e que a adesão inicial ficou perto de 40%.

Dessa forma, os quatro estudos sustentam associação entre estresse e queixas psicossomáticas em professores, adolescentes e jovens adultos. Nenhum demonstra causa. Os três estudos suecos acompanham os participantes no tempo e mostram a sequência entre as medidas, sem demonstrar que uma provoca a outra. As queixas aparecem ora como desfecho do estresse, em Låftman e Östberg (2025), ora como ponto de partida de depressão e ansiedade, em Giannotta *et al.* (2022). Os dados disponíveis não definem uma ordem única entre esses fenômenos.

5. DOENÇAS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS E ESTRESSE

Shiha *et al.* (2021) definem os distúrbios intestinais funcionais como sintomas gastrointestinais baixos e crônicos, presentes sem doença orgânica que os explique. Pelos critérios de Roma IV, a síndrome do intestino irritável exige dor abdominal pelo menos um dia por semana. A diarreia e a constipação funcionais, por esses critérios, causam pouca dor. Zheng, Sun e Lv (2026) tratam a síndrome do intestino irritável como doença psicossomática. Keskin (2019) descreve a via fisiológica. Segundo a autora, o fator liberador de corticotrofina ocupa posição central na interação entre estresse e

trato digestivo. O estresse retarda o esvaziamento gástrico, acelera o trânsito colônico e aumenta a permeabilidade intestinal e a sensibilidade visceral. A mesma autora define somatização como a tendência de expressar sofrimento emocional sob a forma de sintomas físicos. Shiha *et al.* (2021) medem a somatização pela quantidade e pela intensidade de doze sintomas somáticos fora do intestino, no questionário PHQ-12. Este trabalho adota a definição de Keskin (2019) para o conceito e a medida de Shiha *et al.* (2021) quando cita dados.

Zheng, Sun e Lv (2026) apresentam seu trabalho como revisão narrativa guiada pela escala SANRA, com busca no PubMed e na Web of Science até março de 2026. Os autores separam os estressores em físicos, como a infecção intestinal, e psicológicos, como ansiedade, depressão e eventos adversos na infância. Relatam que, após um surto de Escherichia coli produtora de toxina Shiga, a prevalência da síndrome passou de 9,8% para 25,3% em um ano. Citam um estudo prospectivo com 1.900 participantes. Nele, ansiedade e depressão iniciais aumentaram o risco de síndrome do intestino irritável um ano depois, e a síndrome sem sintomas psicológicos iniciais foi seguida de aumento de ansiedade e depressão. Com base nesse estudo e em análises de randomização mendeliana, os autores falam em relação causal bidirecional. Este trabalho não leu esses estudos primários e registra a afirmação como dos autores da revisão. Os próprios autores reconhecem que os mecanismos descritos vêm sobretudo de modelos animais e que a tradução clínica desses achados não foi estabelecida.

Shiha *et al.* (2021) descrevem seu estudo como observacional prospectivo, e a análise que apresentam é transversal. Em Sheffield, no Reino Unido, 567 adultos com distúrbio intestinal funcional e

colonoscopia normal responderam aos questionários antes do exame. Os 318 pacientes com síndrome do intestino irritável foram comparados aos 249 com diarreia ou constipação funcional. Tiveram mais ansiedade clinicamente relevante (38% contra 20%), mais depressão (17% contra 10%) e escore de somatização mais alto (9,1 contra 5,4). Quanto mais frequente a dor abdominal, maior a somatização (r = 0,40). Os autores afirmam que o desenho não define a direção da relação. Citam dados segundo os quais o transtorno de humor precede os sintomas intestinais em um terço dos casos e os sucede em dois terços.

Friesen *et al.* (2020) apresentam seu trabalho como estudo transversal. Revisaram prontuários de 250 crianças e adolescentes de 8 a 17 anos com dor abdominal funcional. A náusea apareceu em 78% deles. Ela se associou a escores mais altos de ansiedade (55,2 contra 50,0), depressão (50,2 contra 46,1) e somatização (70,3 contra 61,8). Também se associou a maior densidade de mastócitos no duodeno (21,4 contra 17,5). Os autores advertem que causa e efeito não podem ser inferidos. Consideram ainda a hipótese inversa, de que a náusea desencadeie uma resposta de estresse.

Ma *et al.* (2025) avaliaram 1.000 pacientes com distúrbio gastrointestinal funcional em um hospital de Guizhou, na China, com amostra de conveniência e questionários aplicados uma única vez. O afeto negativo se correlacionou com os sintomas gastrointestinais (r = 0,297), e o modelo mais completo explicou 12,1% da variação dos sintomas. Os autores interpretam a ruminação como mediadora dessa relação. Isto posto, dois pontos pedem cautela. O texto e a tabela do artigo trazem valores diferentes para o efeito indireto (0,158 e 0,178). Uma análise de mediação com dados de um único momento também não estabelece a ordem entre afeto

negativo, ruminação e sintomas, limitação que os próprios autores listam.

Dąbek-Drobny, Mach e Zwolińska-Wcisło (2020) compararam 94 pacientes com síndrome do intestino irritável e 35 controles de um hospital de Cracóvia, na Polônia. Usaram questionários de personalidade, enfrentamento, resiliência e autoeficácia. Entre os pacientes, 63% adotavam enfrentamento focado na emoção. Entre os controles, 91% adotavam enfrentamento focado na tarefa. O neuroticismo alto se associou a sintomas diários. O título e o resumo do artigo falam em efeito do estresse, mas nenhum dos instrumentos descritos mede estresse. O resumo e a seção de métodos também trazem distribuições diferentes por sexo: 59 homens e 70 mulheres em um, 38 homens e 91 mulheres no outro.

Gouveia e Ávila (2010) estudaram outro grupo de doenças. Os 30 pacientes do ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto tinham retocolite ulcerativa ou doença de Crohn, que são doenças inflamatórias intestinais, e não distúrbios funcionais. O estudo entra aqui como contraponto. Os autores aplicaram os inventários de estresse de Lipp e de ansiedade e depressão de Beck aos 30 pacientes. Com 9 deles, conduziram 12 sessões semanais de psicoterapia breve em grupo entre setembro e dezembro de 2005 e analisaram o conteúdo das sessões. Quinze pacientes tinham sintomas de estresse: 14 na fase de resistência e 1 na de quase exaustão. Na ansiedade, 16 ficaram em grau mínimo, 8 em leve e 6 em moderado. Na depressão, 13 ficaram em grau mínimo, 9 em leve, 7 em moderado e 1 em grave. Os autores concluem que não há estrutura psíquica particular ligada à doença. Tratam os fatores emocionais como precipitadores, contribuidores ou exacerbadores, sem considerá-los causadores diretos. O estudo não tem grupo de

comparação. Zheng, Sun e Lv (2026) registram um ponto de contato entre os dois grupos de doenças: parte dos pacientes com doença inflamatória em remissão mantém sintomas semelhantes aos da síndrome do intestino irritável.

Keskin (2019) apresenta seu trabalho como revisão sistemática. A autora cita as bases e as palavras-chave; mas não informa quantos estudos incluiu nem como os selecionou; A conclusão de que transtornos psicológicos ligados ao estresse se associam fortemente à gravidade dos sintomas gastrointestinais depende dessa seleção não descrita.

Assim, as fontes sustentam associação entre fatores emocionais e sintomas gastrointestinais. Em Shiha *et al.* (2021), essa associação é maior na síndrome do intestino irritável do que na diarreia e na constipação funcionais. Os estudos com pacientes são transversais ou não têm grupo de comparação. As evidências longitudinais chegam por meio de uma revisão narrativa. Os dados apontam para uma relação nos dois sentidos, com sofrimento psicológico antes dos sintomas em parte dos casos e depois em outra parte. Nenhum dos estudos permite afirmar que o estresse cause esses distúrbios.

6. DOR CRÔNICA, FIBROMIALGIA E TENSÃO MUSCULOESQUELÉTICA

Ghiggia *et al.* (2025) definem a fibromialgia como síndrome de dor musculoesquelética crônica, difusa e não inflamatória. Para os autores, ela é o exemplo típico de dor nociplástica, ligada a alteração no processamento da dor. A artrite reumatoide, por outro lado, é uma doença autoimune inflamatória com dor predominantemente nociceptiva. Os mesmos autores definem somatização como a

tendência de sentir e comunicar sintomas físicos não justificados por achados patológicos, atribuí-los a uma doença física e buscar ajuda médica por eles. Şimşek *et al*. (2025) usam um conceito vizinho, a amplificação somatossensorial, que é a tendência de perceber sensações corporais comuns como intensas, ameaçadoras ou nocivas. Alfvén, Grillner e Andersson (2019) chamam de dor psicossomática a dor de origem psíquica ou emocional, definição que já afirma causa. Este trabalho trata somatização e amplificação somatossensorial como construtos distintos e não adota a definição causal.

Alfvén, Grillner e Andersson (2019) apresentam seu trabalho como artigo de revisão, sem descrever como os estudos foram buscados. Os autores defendem que o estresse negativo é causa primária de dor recorrente em crianças. O principal dado que citam vem de um estudo caso-controle do próprio grupo, com 19 crianças com dor psicossomática e 21 controles. As crianças com dor tinham atividade elétrica muscular de repouso mais alta. O reflexo de sobressalto nelas tinha latência menor, amplitude maior e duração maior. Entre as fontes desta seção, esse é o único estudo que mede tensão muscular diretamente. Dois pontos limitam a conclusão dos autores. O primeiro é que o diagnóstico de dor psicossomática que usam exige, entre outros critérios, que a dor acompanhe o estresse no tempo. A ligação com o estresse entra, portanto, na própria seleção das crianças. O segundo é que os autores tratam estudos transversais sobre bullying como prova de causa, com o argumento de que a relação inversa é improvável. Em um desses estudos, com 2.597 crianças suecas, a razão de chances de cefaleia entre vítimas de bullying quase diário foi de 1,45. O intervalo de confiança, de 0,88 a 2,39, inclui a ausência de associação.

Guidetti, Faedda e Siniatchkin (2016) publicaram um editorial sobre enxaqueca na infância, sem método de revisão. Os autores propõem a enxaqueca como transtorno de adaptação psicobiológica, em que a predisposição genética interage com fatores emocionais, climáticos, hormonais e alimentares. Afirmam que, em crianças pequenas, o sofrimento emocional costuma se expressar como sintoma físico. Citam o acompanhamento de 102 bebês hiper-reativos por nove anos. Desses bebês, 78 (76%) desenvolveram cefaleia ou síndromes periódicas, contra 15 de 80 controles (19%). Os próprios autores registram um estudo que comparou crianças com enxaqueca e crianças com dor musculoesquelética crônica e não encontrou diferença de personalidade entre os grupos. Segundo esse estudo, os traços atribuídos à enxaqueca decorreriam da experiência de dor crônica.

Ghiggia *et al.* (2025) compararam 104 mulheres com fibromialgia e 104 com artrite reumatoide em Turim, na Itália, em desenho transversal. Quase todas as participantes dos dois grupos (99%) relataram ao menos um evento traumático na vida. O grupo com fibromialgia relatou mais eventos traumáticos na infância e mais síndromes psicossomáticas. A somatização persistente apareceu em 68 mulheres com fibromialgia e em 18 com artrite reumatoide. Na regressão logística, a somatização (razão de chances de 3,67), a dor (1,56) e o trauma infantil se associaram ao diagnóstico de fibromialgia. Os autores escolheram a artrite reumatoide como grupo de comparação para reduzir o viés de memória, já que a dor crônica aumenta a lembrança de eventos negativos. Reconhecem que o desenho transversal impede definir a direção causal. Este trabalho observa duas inconsistências numéricas no artigo. O texto informa que 79% das pacientes com fibromialgia tinham somatização persistente, mas 68 de 104 correspondem a 65%. A

razão de chances do trauma infantil aparece como 1,11 no resumo e como 1,01 na tabela.

Şimşek *et al.* (2025) apresentam seu estudo como caso-controle transversal, com 159 participantes na Turquia. Eram 56 pessoas com fibromialgia e personalidade tipo D, 48 com fibromialgia sem esse perfil e 55 controles saudáveis. A personalidade tipo D combina afeto negativo e inibição social. O grupo com fibromialgia e personalidade tipo D teve mais depressão, ansiedade e amplificação somatossensorial. Os autores concluem que a personalidade tipo D atua sobre a gravidade da fibromialgia de forma indireta, por meio da amplificação. O efeito total não foi significativo (b = -0,017) e o efeito indireto foi (b = 0,084). O modelo foi estimado só no grupo com personalidade tipo D e com dados de um único momento. Essas condições não permitem estabelecer a sequência entre as variáveis. Os autores listam o desenho transversal e o recrutamento em hospital terciário entre as limitações.

Riediger *et al.* (2026) fizeram uma revisão narrativa sobre personalidade tipo D e dor nas costas. A busca foi seletiva, no PubMed, no PsycINFO e no Google Scholar, entre 2005 e 2025. Das 97 publicações identificadas, 8 foram incluídas. Os autores registram que a maioria dos estudos é transversal. Admitem também que não está esclarecido se os traços do tipo D desencadeiam, agravam ou decorrem da dor crônica nas costas. Na conclusão, porém, afirmam que a personalidade tipo D é preditor independente da cronificação e da resistência ao tratamento. Para este trabalho, essa conclusão vai além das limitações descritas pelos próprios autores.

Teixeira, Castelar-Pinheiro e Rodrigues (2026) avaliaram 97 adultos com artrite reumatoide, 91 deles mulheres, em um ambulatório

público do Rio de Janeiro, com amostra de conveniência. Os autores descrevem o método como quantitativo preditivo. A frequência de sintomas psicossomáticos relatados em escala explicou 45% da variação da ansiedade. Os maiores pesos foram dos sintomas gastrointestinais (β = 0,31), da dor (β = 0,29) e dos sintomas pseudoneurológicos (β = 0,27). As estratégias de enfrentamento não se associaram à ansiedade nem aos sintomas, ao contrário do que previa a hipótese dos autores. Nesse modelo, a ansiedade é o desfecho e os sintomas físicos são os preditores, direção inversa à da hipótese de que o estresse produz sintomas. Os autores falam em relação bidirecional e recomendam estudos longitudinais. O resumo informa que 81,3% dos pacientes tinham ansiedade grave, mas esse número se refere só à dimensão de intensidade. Na classificação geral do mesmo instrumento, 41,2% não tinham ansiedade clinicamente significativa.

As seis fontes associam estresse, trauma e traços emocionais à dor crônica, mas nenhuma permite afirmar causa. Os estudos com pacientes são transversais. O editorial e a revisão de Alfvén, Grillner e Andersson (2019) não descrevem método de seleção, e a revisão de Riediger *et al.* (2026) se apoia em oito estudos, a maioria transversal. A relação aparece nos dois sentidos. Alfvén, Grillner e Andersson (2019) tratam o estresse como causa da dor. Teixeira, Castelar-Pinheiro e Rodrigues (2026) e o estudo citado por Guidetti, Faedda e Siniatchkin (2016) apontam a dor como origem de ansiedade e de traços de personalidade. A diferença mais consistente está em Ghiggia *et al.* (2025): somatização e trauma infantil separam a fibromialgia, dor sem lesão inflamatória, da artrite reumatoide, dor ligada à inflamação articular.

7. MANIFESTAÇÕES DERMATOLÓGICAS DO ESTRESSE EMOCIONAL

O prurido crônico é a coceira que persiste por seis semanas ou mais (Demirok *et al.*, 2026). Ele acompanha doenças de pele, doenças sistêmicas, doenças neurológicas e transtornos psiquiátricos. Em parte dos pacientes, nenhuma dessas causas explica o sintoma.

Schneider *et al.* (2020) usam a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para separar três situações. No prurido somatoforme (F45.8), não há causa somática que explique a coceira, e o sintoma se relaciona a fatores ou eventos psicossociais. Quando há causa somática e fatores psicológicos participam da origem ou do curso da coceira, o diagnóstico é o de fatores psicológicos associados a doenças classificadas em outro local (F54). No transtorno de adaptação (F43.2), a ordem se inverte: a ansiedade ou o humor deprimido surgem como reação à coceira. Os autores lembram que o mesmo paciente às vezes apresenta os dois quadros ao mesmo tempo.

Schneider *et al.* (2020) apresentam seu trabalho como estudo-piloto retrospectivo. Os dados vieram do Centro de Prurido Crônico do Hospital Universitário de Münster, na Alemanha, com 6.374 pacientes registrados entre 2007 e 2016. Os autores excluíram 2.556 pacientes que relataram diagnóstico psiquiátrico prévio. Compararam 331 pacientes com diagnóstico de F45 ou F54, confirmado em entrevista de cerca de uma hora com especialista, a 3.391 pacientes sem diagnóstico psiquiátrico. O primeiro grupo tinha mais mulheres (71,3% contra 52,1%). Apontou com mais frequência a sobrecarga (50,0% contra 27,4%) e a tensão emocional (52,3% contra 32,0%) como fatores que aumentam a coceira. Relatou variação da

intensidade com o estresse em 77,7% dos casos, contra 48,8%. Os escores de ansiedade (10,27 contra 6,40) e de depressão (8,92 contra 5,25) na Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão foram mais altos, assim como o prejuízo na qualidade de vida (14,00 contra 8,80).

O dado de maior peso clínico é outro. A ausência de causa somática apareceu em 9,7% do grupo com diagnóstico psicológico e em 9,4% do grupo sem esse diagnóstico. Os autores concluem que o prurido somatoforme é raro e que o diagnóstico F54, em que fatores emocionais se somam a uma causa orgânica, tem mais relevância clínica.

Um ponto do método pesa na interpretação dos demais números. O especialista chegava ao diagnóstico de F45 ou F54 ao indagar se houve eventos de vida no início da coceira e se o paciente percebia influência do estresse ou das emoções sobre ela. Depois, o estudo comparou os grupos por itens que investigam o que aumenta a coceira. Parte da diferença em tensão emocional e em variação com o estresse decorre da forma como o grupo foi montado. Os próprios autores listam outras limitações. O grupo de comparação não passou por avaliação especializada. Não houve correção para múltiplas comparações, e a maior parte dos efeitos foi pequena ou moderada. A separação entre F54 e F43 dependeu da memória do paciente. Os questionários foram aplicados uma única vez e não distinguem se a ansiedade e a depressão são causa ou consequência da coceira.

Demirok *et al*. (2026) apresentam seu estudo como caso-controle. Em Istambul, na Turquia, compararam 75 pacientes com prurido crônico havia pelo menos três meses, sem dermatose primária nem doença sistêmica que o explicasse, a 75 voluntários saudáveis. Com

ajuste para idade, sexo e escolaridade, os pacientes tiveram mais ansiedade (14,9 contra 8,77) e mais depressão (16,1 contra 8,84). Também pontuaram mais em carga de sintomas somáticos, alexitimia, ansiedade com a saúde e amplificação somatossensorial. Os sintomas dissociativos não diferiram. No questionário de trauma na infância, o abuso emocional (8,14 contra 6,70) e o abuso físico (6,56 contra 5,64) foram mais altos nos pacientes. Negligência emocional, negligência física e abuso sexual não diferiram. A intensidade da coceira se correlacionou com a depressão ($r = 0,448$), e nenhuma medida de trauma se correlacionou com ela. Na regressão, a depressão foi o único preditor independente da intensidade ($\beta = 0,317$).

Os dois grupos de Demirok *et al.* (2026) diferiam em história psiquiátrica. Entre os pacientes, 32,0% tinham diagnóstico psiquiátrico atual e 64,0% usavam medicação psiquiátrica. Entre os controles, os dois números foram de 2,7%. Com essa diferença, parte do contraste entre os grupos reflete a morbidade psiquiátrica, e não a coceira em si. Os autores reconhecem essa diferença, admitem confusão residual e afirmam que o desenho transversal impede interpretação causal. A análise de poder indicou 79 participantes por grupo, e o estudo incluiu 75. Os autores descrevem a relação entre depressão e coceira como bidirecional.

A seleção dos pacientes separa os dois estudos. Schneider *et al.* (2020) excluíram quem tinha história psiquiátrica, e Demirok *et al.* (2026) incluíram uma maioria em tratamento psiquiátrico. Mesmo assim, os dois encontram mais ansiedade e depressão nos pacientes em que há fatores emocionais. Nenhum deles mede o estresse de forma direta. Em Schneider *et al.* (2020), o estresse aparece como fator relatado pelo paciente. Em Demirok *et al.* (2026), aparece como

trauma na infância lembrado na vida adulta. O achado mais sólido é a raridade do prurido sem causa orgânica. Na maior parte dos casos, os fatores emocionais acompanham uma doença que já existe.

8. A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA NA COMPREENSÃO E NO MANEJO

Tollos, Theodorakopoulou e Christodoulou (2021) defendem que o tratamento da doença psicossomática inclua os domínios biológico, psicológico e social. Os estudos sobre sistemas específicos chegam a propostas parecidas. Keskin (2019) afirma que o tratamento dos distúrbios gastrointestinais exige abordagem multidisciplinar com intervenção psiquiátrica. Demirok *et al*. (2026) recomendam avaliação psicossocial breve na consulta dermatológica e colaboração entre dermatologia e psiquiatria. Riediger *et al*. (2026) propõem programas multimodais de dor que combinem fisioterapia com psicoterapia, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia de aceitação e compromisso. Nas quatro propostas, a intervenção psicológica entra junto com o tratamento médico, sem substituí-lo.

A primeira contribuição está na identificação dos pacientes. Schneider *et al*. (2020) sugerem incluir na anamnese dermatológica a indagação sobre o estresse ou a tensão emocional aumentarem a coceira, como forma de decidir quem encaminhar para avaliação especializada. Shiha *et al*. (2021) recomendam rastrear sofrimento psicológico em pacientes com dor abdominal frequente. Giannotta *et al*. (2022) propõem acompanhar adolescentes com sintomas somáticos e musculoesqueléticos para prevenir depressão e ansiedade no fim da adolescência. Das três, é a proposta de prevenção que se apoia em dado longitudinal.

A segunda contribuição está nos alvos de intervenção. As fontes apontam processos que a Psicologia avalia e trata. São eles a ruminação e a supressão da expressão emocional (Ma *et al.*, 2025), o enfrentamento focado na emoção (Dąbek-Drobny; Mach; Zwolińska-Wcisło, 2020), a somatização (Ghiggia *et al.*, 2025), a amplificação somatossensorial (Şimşek *et al.*, 2025) e a avaliação dos próprios recursos diante do estressor (Howard, 2023). Ghiggia *et al.* (2025) sugerem que a psicoterapia ajude o paciente a distinguir estados emocionais de sensações físicas. Şimşek *et al.* (2025) sugerem psicoeducação e terapias baseadas em atenção plena.

Essas propostas vêm, na maior parte, de estudos transversais que não testaram intervenção alguma. Şimşek *et al.* (2025) e Riediger *et al.* (2026) pedem estudos que avaliem a eficácia do que recomendam. A evidência de eficácia aparece em Zheng, Sun e Lv (2026), que relatam benefício da terapia cognitivo-comportamental sobre os sintomas e a qualidade de vida na síndrome do intestino irritável, com efeito mantido no seguimento. Shiha *et al.* (2021) defendem oferecer terapias psicológicas mais cedo nesse quadro. Os autores registram que a diretriz britânica do NICE as reserva para pacientes que continuam sintomáticos depois de 12 meses de tratamento médico.

Dois resultados contrariam a ideia de que qualquer estratégia de enfrentamento protege. Em Teixeira, Castelar-Pinheiro e Rodrigues (2026), as estratégias de enfrentamento não se associaram à ansiedade nem aos sintomas de pacientes com artrite reumatoide. Em Schneider *et al.* (2025), distanciamento, resolução proativa de problemas e tendência à resignação não se associaram à alfa-amilase. Só a busca por experiências positivas teve associação negativa com ela. Os autores atribuem o resultado ao fato de o

enfrentamento depender da percepção da situação, e a resposta fisiológica corre de forma quase independente dessa percepção.

Gouveia e Ávila (2010) são os únicos autores que aplicaram uma intervenção. Conduziram psicoterapia breve em grupo, de orientação psicanalítica, com 9 pacientes com doença inflamatória intestinal. Relatam que o grupo ofereceu amparo, reduziu o sentimento de solidão que levava ao afastamento social e permitiu aos pacientes relacionar o adoecimento à própria história de vida. O estudo não mediu os sintomas antes e depois das sessões e não teve grupo de comparação.

Os estudos sobre intestino, dor e pele associam os fatores emocionais mais ao agravamento e à manutenção dos quadros do que ao seu início (Gouveia; Ávila, 2010; Howard, 2023). As intervenções propostas atuam nesse ponto: reduzir a ruminação, ampliar as formas de enfrentamento e separar emoção de sensação física. A contribuição da Psicologia tem, por isso, base mais firme no manejo do que na prevenção. A prevenção depende de identificar cedo quem está em risco, e os estudos longitudinais que sustentariam essa identificação são poucos.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho partiu da questão sobre a forma como o estresse e os fatores emocionais se relacionam com o surgimento e o agravamento de doenças psicossomáticas. Os 23 estudos analisados sustentam associação entre estresse, trauma na infância, ansiedade, depressão, ruminação e traços de personalidade e os quadros estudados: sobrecarga psicossomática em jovens e professores,

sintomas gastrointestinais, fibromialgia e prurido crônico. Nenhum deles demonstra que o estresse cause doença psicossomática.

A evidência pesa mais sobre o agravamento do que sobre o surgimento. Howard (2023) registra que a reatividade ao estresse se associa mais à progressão da doença do que ao seu início. Gouveia e Ávila (2010) tratam os fatores emocionais como precipitadores e exacerbadores. Schneider *et al.* (2020) mostram que o prurido sem causa orgânica é raro e que, na maior parte dos casos, os fatores emocionais acompanham uma doença já presente. Parte dos dados aponta relação nos dois sentidos. Em Shiha *et al.* (2021), o transtorno do humor antecede os sintomas intestinais em um terço dos casos e os sucede em dois terços. Em Giannotta *et al.* (2022), os sintomas psicossomáticos precedem a depressão e a ansiedade.

Os mecanismos fisiológicos descritos, como a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a carga alostática, explicam a via da associação. Eles não explicam por que pessoas expostas ao mesmo estressor evoluem de formas diferentes, e os estudos apontam traços de personalidade, trauma e condições sociais como fontes dessa variação. A contribuição da Psicologia aparece na identificação dos pacientes e em alvos de intervenção como ruminação, enfrentamento e somatização, sempre ao lado do tratamento médico. A eficácia dessas intervenções foi testada em poucos estudos. Entre as fontes analisadas, a principal evidência vem da terapia cognitivo-comportamental na síndrome do intestino irritável, relatada em revisão narrativa.

A revisão tem limites próprios. A busca abrangeu três bases. A triagem do PubMed considerou títulos sem resumo, e 49 registros ficaram sem decisão. Os estudos não passaram por avaliação formal

de qualidade. Predominam os desenhos transversais, e dois estudos suecos usam a mesma coorte. Pesquisas futuras precisam de acompanhamento longitudinal de pessoas sem doença e de ensaios que testem intervenções psicológicas com desfechos físicos e mentais medidos em conjunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFVÉN, G.; GRILLNER, S.; ANDERSSON, E. Review of childhood pain highlights the role of negative stress. **Acta Paediatrica,** [S. l.], v. 108, n. 12, p. 2148-2156, dez. 2019. DOI: 10.1111/apa.14884. Disponível em: https://doi.org/10.1111/apa.14884. Acesso em: 25 set. 2026.

DĄBEK-DROBNY, A.; MACH, T.; ZWOLIŃSKA-WCISŁO, M. Effect of selected personality traits and stress on symptoms of irritable bowel syndrome. **Folia Medica Cracoviensia,** Kraków, v. 60, n. 2, p. 29-41, 2020. DOI: 10.24425/fmc.2020.135011. Disponível em: https://doi.org/10.24425/fmc.2020.135011. Acesso em: 22 set. 2026.

DEMİROK, Z. N.; AKÇA, E.; ŞAHİN TEKE, Z.; ILGIN, S. E.; SATILMIŞ, T.; YANARTAŞ, Ö.; KAPTANOĞLU, A. Psychosomatic burden and childhood trauma in chronic pruritus without primary dermatosis or systemic disease: a case-control study. **Acta Dermato-Venereologica,** [S. l.], v. 106, adv-2026-0658, ago. 2026. DOI: 10.2340/actadv.v106.adv-2026-0658. Disponível em: https://doi.org/10.2340/actadv.v106.adv-2026-0658. Acesso em: 29 set. 2026.

FRIESEN, C.; SINGH, M.; SINGH, V.; SCHURMAN, J. V. A cross-sectional study of nausea in functional abdominal pain: relation to mucosal mast cells and psychological functioning. **BMC Gastroenterology,** London, v. 20, n. 1, art. 144, maio 2020. DOI: 10.1186/s12876-020-01291-2.

Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12876-020-01291-2. Acesso em: 22 set. 2026.

GHIGGIA, A.; TESIO, V.; COLONNA, F.; FUSARO, E.; GEMINIANI, G. C.; CASTELLI, L. Stressful life events and psychosomatic symptoms in fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. **International Journal of Environmental Research and Public Health,** Basel, v. 22, n. 3, art. 366, mar. 2025. DOI: 10.3390/ijerph22030366. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph22030366. Acesso em: 25 set. 2026.

GIANNOTTA, F.; NILSSON, K. W.; ÅSLUND, C.; LARM, P. Among the Swedish generation of adolescents who experience an increased trend of psychosomatic symptoms: do they develop depression and/or anxiety disorders as they grow older? **BMC Psychiatry,** London, v. 22, n. 1, art. 779, dez. 2022. DOI: 10.1186/s12888-022-04432-x. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12888-022-04432-x. Acesso em: 19 set. 2026.

GOUVEIA, E. C.; ÁVILA, L. A. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. **Psicologia em Estudo,** Maringá, v. 15, n. 2, p. 265-273, abr./jun. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pe/a/hxxn85kwc4g3WRpX3QcMd8Q/?lang=pt. Acesso em: 22 set. 2026.

GRIGORIAN, K.; ÖSTBERG, V.; RANINEN, J.; LÅFTMAN, S. B. Loneliness, belonging and psychosomatic complaints across late adolescence and young adulthood: a Swedish cohort study. **BMC Public Health,** London, v. 24, n. 1, art. 642, fev. 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-18059-y. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-18059-y. Acesso em: 19 set. 2026.

GUIDETTI, V.; FAEDDA, N.; SINIATCHKIN, M. Migraine in childhood: biobehavioural or psychosomatic disorder? **The Journal of Headache and Pain,** [S. l.], v. 17, n. 1, art. 82, 2016. DOI: 10.1186/s10194-016-0675-0. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s10194-016-0675-0. Acesso em: 25 set. 2026.

HOWARD, S. Old ideas, new directions: re-examining the predictive utility of the hemodynamic profile of the stress response in healthy populations. **Health Psychology Review,** [S. l.], v. 17, n. 1, p. 104-120, mar. 2023. DOI: 10.1080/17437199.2022.2067210. Disponível em: https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2067210. Acesso em: 16 set. 2026.

KESKIN, G. Approach to stress endocrine response: somatization in the context of gastroenterological symptoms: a systematic review. **African Health Sciences,** Kampala, v. 19, n. 3, p. 2537-2545, set. 2019. DOI: 10.4314/ahs.v19i3.29. Disponível em: https://doi.org/10.4314/ahs.v19i3.29. Acesso em: 22 set. 2026.

KUMUDA, R.; SUCHETHA, K.; SUBHAS, G. B.; URVASHI, A. S.; HARSHINI, U. Estimation of salivary cortisol level in post-menopausal women with psychosomatic disorders. **African Health Sciences,** Kampala, v. 18, n. 2, p. 244-252, jun. 2018. DOI: 10.4314/ahs.v18i2.7. Disponível em: https://doi.org/10.4314/ahs.v18i2.7. Acesso em: 16 set. 2026.

LÅFTMAN, S. B.; ÖSTBERG, V. Psychosomatic complaints are indicative of stress in young individuals: findings from a Swedish national cohort study. **Scandinavian Journal of Public Health,** [S. l.], v. 53, n. 8, p. 939-944, dez. 2025. DOI: 10.1177/14034948241255179.

Disponível em: https://doi.org/10.1177/14034948241255179. Acesso em: 19 set. 2026.

LUZ, J. G. da; PESSA, S. L. R.; LUZ, R. P. da; SCHENATTO, F. J. A. Implicações do ambiente, condições e organização do trabalho na saúde do professor: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4621-4632, dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-812320182412.26352017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.26352017. Acesso em: 19 set. 2026.

MA, X. X.; XIAO, Z. H.; CHEN, W.; ZHAO, S. Y. Deciphering the psychological tapestry of FGIDs: unveiling the impact of negative affect, rumination, and expression suppression. **BMC Public Health,** London, v. 25, n. 1, art. 114, jan. 2025. DOI: 10.1186/s12889-024-21205-1. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-21205-1. Acesso em: 22 set. 2026.

RIEDIGER, C.; FERL, M.; LOHMANN, C. H.; SCHÖNROGGE, M. Typ-D-Persönlichkeitsstil und Rückenschmerzen: eine narrative Übersicht zur Relevanz psychosozialer Faktoren in der orthopädischen Schmerztherapie. **Die Orthopädie,** Heidelberg, v. 55, n. 2, p. 140-145, fev. 2026. DOI: 10.1007/s00132-025-04718-4. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00132-025-04718-4. Acesso em: 25 set. 2026.

SCHNEIDER, G.; GREBE, A.; BRULAND, P.; HEUFT, G.; STÄNDER, S. Criteria suggestive of psychological components of itch and somatoform itch: study of a large sample of patients with chronic pruritus. **Acta Dermato-Venereologica,** [S. l.], v. 100, n. 6, adv00075, mar. 2020. DOI: 10.2340/00015555-3424. Disponível em: https://doi.org/10.2340/00015555-3424. Acesso em: 29 set. 2026.

SCHNEIDER, I.; WETTSTEIN, A.; JENNI, G.; KÜHNE, F.; GROSSE HOLTFORTH, M.; WACHS, S.; LA MARCA, R. Salivary alpha-amylase over cortisol ratio as a longitudinal indicator of work stress and psychosomatic strain in teachers. **Frontiers in Endocrinology,** Lausanne, v. 16, art. 1492379, maio 2025. DOI: 10.3389/fendo.2025.1492379. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1492379. Acesso em: 16 set. 2026.

SHIHA, M. G.; ASGHAR, Z.; THOUFEEQ, M.; KURIEN, M.; BALL, A. J.; REJ, A.; TAI, F. W. D.; AFIFY, S.; AZIZ, I. Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. **Neurogastroenterology & Motility,** [S. l.], v. 33, n. 10, e14121, out. 2021. DOI: 10.1111/nmo.14121. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nmo.14121. Acesso em: 22 set. 2026.

ŞİMŞEK, M. H.; KORKMAZ, U.; ÇELİK, F. G. H.; ÇİLESİZOĞLU YAVUZ, N.; HOCAOĞLU, Ç. Investigation of the relationship between type D personality and depression, anxiety and somatosensory amplification in patients with fibromyalgia. **Pain Research and Management,** [S. l.], v. 2025, art. 5315083, maio 2025. DOI: 10.1155/prm/5315083. Disponível em: https://doi.org/10.1155/prm/5315083. Acesso em: 25 set. 2026.

TEIXEIRA, S. C.; CASTELAR-PINHEIRO, G. R.; RODRIGUES, J. C. Relationship among symptoms of anxiety, psychosomatic, and coping in adults with rheumatoid arthritis. **Scientific Reports,** London, v. 16, n. 1, art. 28781, jun. 2026. DOI: 10.1038/s41598-026-56318-7. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41598-026-56318-7. Acesso em: 25 set. 2026.

TOLLOS, I.; THEODORAKOPOULOU, A.; CHRISTODOULOU, G. N. Στρες και παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί ανάπτυξης ψυχοσωματικής νόσου [Estresse e mecanismos fisiopatológicos de desenvolvimento da doença psicossomática]. **Psychiatriki,** Atenas, v. 32, n. 2, p. 148-156, jul. 2021. DOI: 10.22365/jpsych.2021.023. Disponível em: https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.023. Acesso em: 16 set. 2026.

ZHENG, M.; SUN, S.; LV, B. Impact of different stress paradigms on irritable bowel syndrome: evidence from clinical and animal studies. **Journal of International Medical Research,** [S. l.], v. 54, n. 5, p. 1-21, maio 2026. DOI: 10.1177/03000605261447130. Disponível em: https://doi.org/10.1177/03000605261447130. Acesso em: 22 set. 2026.

---

[1] Acadêmica de curso de Psicologia. Faculdade de Educação Santa Teresinha – FEST. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail

[2] Administradora, advogada, psicóloga e teóloga. Especialista em Docência do Ensino Superior e em Gestão e Legislação Tributária. Docente da Faculdade de Educação Santa Terezinha. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.