CURSO DE FISIOTERAPIA

JAMILE DA SILVA TRINDADE

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

Sinop/MT

2025

CURSO DE FISIOTERAPIA

JAMILE DA SILVA TRINDADE

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Fisioterapia do Centro Universitário Fasipe - UNIFASIPE, como requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador: Prof.ª Lilian Garlini Viana Pinheiro

Sinop/MT

2025

JAMILE DA SILVA TRINDADE

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Fisioterapia - UNIFASIPE, Centro Universitário de Sinop - MT, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em:__/__/__

Prof.ª Lilian Garlini Viana Pinheiro
Professor Orientador
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE

Prof. Manoel O. Vidigal
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE

Prof. Ricardo Tribiolli
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE

Prof. Me. Fabiano Carvalho
Coordenador do Curso de Fisioterapia
Departamento de Fisioterapia –
UNIFASIPE

Sinop/MT

2025

DEDICATÓRIA

Consagro este trabalho, com toda honra e glória a Deus, e a todos que Ele preparou para estar ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pois sem Ele nada é possível, logo para minha família, que me apoiaram desde início, e não me permitiram desistir do sonho que Deus colocou em meu coração. Ao meu namorado, pela sabedoria de compreender os dias difíceis.

TRINDADE, Jamile da Silva. **A importância da intervenção fisioterapêutica no tratamento de doenças psicossomáticas.** 2025. 44 fs. Trabalho de Conclusão de Curso – Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE.

RESUMO

As doenças psicossomáticas configuram um fenômeno crescente na prática clínica, exigindo abordagens terapêuticas que reconheçam a interdependência entre aspectos físicos e emocionais. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as contribuições da fisioterapia no manejo dessas condições, com ênfase em práticas integrativas que favoreçam o alívio da dor e o equilíbrio psicoemocional. Através de uma revisão bibliográfica narrativa, foram selecionadas publicações científicas, entre 2010 e 2024, que abordam recursos fisioterapêuticos como liberação miofascial, Pilates terapêutico e auriculoterapia. Os resultados indicam que essas intervenções promovem benefícios significativos na modulação da dor crônica, na redução da ansiedade e na melhoria da qualidade de vida, especialmente quando aplicadas em uma abordagem humanizada e centrada no paciente. Conclui-se que a fisioterapia, ao integrar dimensões corporais e emocionais do cuidado, exerce papel estratégico no tratamento de pacientes com manifestações psicossomáticas.

PALAVRAS-CHAVE: Doenças; Psicossomáticas; Biopsicossocial.

TRINDADE, Jamile da Silva. **The importance of physiotherapeutic intervention in the treatment of psychosomatic illnesses**. 2025. 44 fs. Course Conclusion Work - Fasipe University Center - UNIFASIPE.

ABSTRACT

Psychosomatic disorders represent a growing phenomenon in clinical practice, demanding therapeutic approaches that acknowledge the interdependence between physical and emotional dimensions. In this context, the present study aimed to analyze the contributions of physiotherapy in managing these conditions, with emphasis on integrative practices that promote pain relief and psycho-emotional balance. Through a narrative literature review, scientific publications from 2010 to 2024 were selected, focusing on physiotherapeutic modalities such as myofascial release, therapeutic Pilates, and auriculotherapy. The findings suggest that these interventions offer significant benefits in chronic pain modulation, anxiety reduction, and quality of life improvement, particularly when applied through a humanized and patient-centered approach. It is concluded that physiotherapy, by integrating bodily and emotional aspects of care, plays a strategic role in the treatment of patients with psychosomatic manifestations.

KEYWORDS: Diseases; Psychosomatic; Biopsychosocial.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
HHA	Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
IASP	International Association for the Study of Pain
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SciElo	Scientific Electronic Library Online
TTO	Tratamento

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Modelo biopsicossocial da dor.....20
Figura 02: Representação esquemática da modulação neuroemocional auriculoterapia.....33
Figura 03 – Representação do corpo humano em posição fetal sobre o pavilhão auricular indicando os pontos reflexos da auriculoterapia.....36

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Benefícios multidimensionais do Pilates terapêutico.....31
Quadro 02: Diferenciação entre abordagem técnica convencional e escuta terapêutica.....40

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Níveis de atuação da liberação miofascial.....25
Tabela 02: Tabela x Esquema – Corpo e memória somática da dor.....27
Tabela 03: Relação entre pontos da orelha e os efeitos terapêuticos na auriculoterapia.....34
Tabela 04: Estruturas nervosas auriculares.....35
Tabela 05: Mecanismo neurofisiológico da liberação miofascial na modulação da dor crônica.....37
Tabela 06: Níveis de atuação da liberação miofascial.....38
Tabela 07: Descrição dos domínios da qualidade de vida WHOQOL-bref.....44

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **13**
1.1. Problematização **14**
1.2 Justificativa **15**
1.3 Objetivos **15**
1.3.1 Geral 15
1.3.2 Específicos 15
1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS **16**
2.0 REVISÃO DE LITERATURA **17**
1.2. Doenças psicossomáticas: conceito e implicações clínicas **17**
2.1.1 Origens e desenvolvimento da psicossomática na história da saúde. 18
2.1.2 A somatização: quando o corpo fala o que a mente sente 20
2.2 A dor psicossomática: tipos, causas e impactos **21**
2.2.1 Dor aguda 22
2.2.2 Dor crônica 22
2.2.3. Dor recorrente 22
2.3 Dimensões emocionais da dor e suas memórias inconscientes **23**
2.3.1 Ansiedade, estresse e dor crônica 24
2.3.2 Plasticidade neural e perpetuação do sofrimento 26
2.4 Fisioterapia como abordagem integrativa **28**
2.4.1 O papel da fisioterapia nas manifestações psicossomáticas 29
2.4.2 A escuta terapêutica na prática fisioterapêutica 30
2.4.3 Auriculoterapia: modulação neuroemocional via pontos reflexos 31
2.4.4 A influência neurofisiológica da liberação miofascial na dor crônica 35
2.4.5 Pilates como intervenção especializada nas doenças psicossomáticas 38
2.4.6 Benefícios físicos, emocionais e sociais das práticas integrativas 39
2.5 Desafios, Estratégias de Autocuidado e Promoção da Qualidade de Vida na Atuação Fisioterapêutica Frente às Doenças Psicossomáticas **41**
2.5.1 Desafios na Atuação Fisioterapêutica Frente às Doenças Psicossomáticas 41
2.5.2 O Autocuidado como Estratégia Terapêutica no Manejo Psicossomático 42
2.5.3 Promoção da Qualidade de Vida na Prática Fisioterapêutica Integrativa 43
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 46
REFERÊNCIAS **47**

1. INTRODUÇÃO

A compreensão de que mente e corpo está profundamente conectado tem ganhado cada vez mais espaço nas discussões sobre saúde. As chamadas doenças psicossomáticas são um exemplo claro dessa ligação, pois envolvem sintomas físicos que muitas vezes têm origem em fatores emocionais. O termo “psicossomático” vem do grego psyche (mente) e soma (corpo), e se refere justamente a esse tipo de manifestação, em que o sofrimento psíquico se expressa através do corpo (MELLO FILHO, 1992; ZIMERMAN, 2008).

Condições como estresse contínuo, ansiedade e traumas emocionais não elaborados podem desencadear ou agravar dores físicas persistentes, fadiga, distúrbios digestivos e até alterações no sistema cardiovascular. Ainda que, em muitos casos, os exames clínicos não identifiquem uma causa orgânica, o sofrimento do paciente é real e limitante. Esse processo de transformação de conflitos emocionais em sintomas físicos é conhecido como somatização (APKARIAN et al., 2004; SILVA et al., 2021). Segundo Freitas e Tozatto (2023), esse tipo de adoecimento requer um olhar mais amplo, que considere o indivíduo em sua totalidade.

É nesse ponto que a fisioterapia se destaca como uma importante aliada. Mais do que reabilitar estruturas musculoesqueléticas, a prática fisioterapêutica moderna busca entender o contexto emocional e social do paciente, e oferece estratégias que promovem bem-estar físico e mental. Técnicas como a liberação miofascial, o Pilates terapêutico e a auriculoterapia vêm sendo cada vez mais utilizadas em casos de dor crônica, justamente por sua capacidade de atuar nos aspectos físicos e emocionais simultaneamente (BEZERRA et al., 2022; NASCIMENTO; CRUZ, 2023).

Essas abordagens são eficazes porque influenciam diretamente o funcionamento do sistema nervoso, ajudando a modular a dor, regular as emoções e restaurar o equilíbrio corporal. De acordo com Linton e Bergbom (2011), práticas integrativas como essas promovem alterações positivas na atividade cerebral, na percepção da dor e na resposta ao estresse. Isso reforça a importância de uma atuação fisioterapêutica que vá além da

biomecânica e reconheça as emoções como parte central do cuidado (WOOD, 2022; ANGERAMI, 2012).

Considerando a crescente incidência de queixas psicossomáticas e a necessidade de tratamentos mais humanizados e abrangentes, este trabalho propõe-se a investigar como a fisioterapia pode contribuir de forma efetiva no tratamento de doenças psicossomáticas, com ênfase em abordagens que integrem corpo e mente (GOMES; SILVA, 2020).

1.1. Problematização

Dados da Organização Mundial da Saúde mostram que os transtornos mentais e emocionais afetam mais de um quarto da população mundial, sendo cada vez mais frequente a presença de sintomas físicos sem causa clínica aparente em pacientes com histórico de ansiedade, depressão e estresse prolongado (FREITAS; TOZATTO, 2023). No Brasil, milhões de pessoas vivem com dores crônicas e limitações funcionais associadas a fatores psicossociais, o que indica uma relação direta entre saúde emocional e manifestações corporais (STOPA et al., 2015; COSTA et al., 2019).

No campo da saúde, essa condição é entendida como uma manifestação psicossomática, o que demanda uma abordagem que vá além do modelo biomédico tradicional. Em muitos casos, o paciente passa por diversos especialistas e realiza inúmeros exames, mas ainda assim não encontra uma explicação conclusiva para seus sintomas. Dores persistentes, cansaço, alterações no sono e no apetite continuam presentes, gerando sentimentos de angústia, medo e, por vezes, o abandono do cuidado por frustração com o sistema de saúde (SCLIAR, 2007).

A fisioterapia, com seu olhar funcional e integral, tem se mostrado eficaz no cuidado de pacientes com queixas psicossomáticas, especialmente através de técnicas que favorecem o relaxamento, a consciência corporal e a modulação da dor. No entanto, ainda existe uma lacuna quanto à sistematização dessas práticas no contexto clínico, e dúvidas sobre sua real efetividade e aplicabilidade em diferentes perfis de pacientes (SILVA & COSTA, 2018).

Diante disso, surge a seguinte questão norteadora:

Como a fisioterapia pode atuar de forma integrativa e eficaz no tratamento de doenças psicossomáticas, promovendo benefícios tanto físicos quanto emocionais aos pacientes?

1.2 Justificativa

A decisão de investigar a atuação da fisioterapia nas manifestações psicossomáticas surge da urgência por terapias que acolham o ser humano de forma integral, indo além do tratamento físico. Dores e desconfortos com origem emocional impactam diretamente o bem-estar e a rotina diária de muitas pessoas — em especial, mulheres em fase produtiva da vida. Quando o silêncio emocional se instala, é o corpo quem se torna porta-voz do sofrimento. Em muitos casos, as dores físicas refletem emoções represadas, funcionando como sinais visíveis de uma instabilidade invisível. Essa conexão entre mente e corpo exige atenção especial do fisioterapeuta, que precisa compreender além do que os exames mostram (SOUZA et al., 2019; SILVA et al., 2021).

Técnicas fisioterapêuticas como o Pilates, a liberação miofascial e a auriculoterapia oferecem recursos que aliviam a dor, reduzem o estresse e melhoram a mobilidade e a autoestima. Através de estímulos táteis, posturais e respiratórios, é possível promover não apenas melhora física, mas também autorregulação emocional e sensação de bem-estar, contribuindo para um tratamento mais completo e duradouro (FERREIRA et al., 2019; BEZERRA et al., 2022).

Além disso, compreender a atuação do fisioterapeuta neste contexto fortalece a proposta de uma fisioterapia mais empática, centrada no paciente e interligada com outras áreas da saúde, como psicologia e psiquiatria. Estudos mostram que quando o cuidado é conduzido com escuta ativa e acolhimento, os resultados terapêuticos são potencializados, e os pacientes se sentem mais motivados a participar do processo de reabilitação (PEREIRA et al., 2020).

Portanto, este estudo se justifica por seu potencial de contribuir para a prática clínica fisioterapêutica com base em evidências, e por buscar valorizar a atuação do profissional como agente ativo na saúde emocional de seus pacientes.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Analisar a contribuição da fisioterapia no tratamento de doenças psicossomáticas, com foco em abordagens integrativas que promovam o alívio dos sintomas físicos e o equilíbrio emocional.

1.3.2 Específicos

- Investigar de que forma aspectos emocionais podem contribuir para o surgimento e

agravamento de sintomas físicos em quadros psicossomáticos;

- Descrever os principais recursos fisioterapêuticos utilizados no manejo dessas condições, com ênfase na liberação miofascial, auriculoterapia e Pilates terapêutico;
- Avaliar, com base em evidências da literatura, os efeitos dessas técnicas na redução da dor crônica, da ansiedade e da tensão muscular;
- Discutir a importância da atuação fisioterapêutica centrada no paciente, com abordagem humanizada e interdisciplinar.

1.4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica da literatura, com abordagem qualitativa, com o intuito de reunir e interpretar publicações acadêmicas sobre a atuação da fisioterapia no tratamento de distúrbios psicossomáticos. Esse tipo de revisão oferece uma compreensão mais ampla do tema, ao integrar diferentes abordagens teóricas e experiências clínicas já exploradas em trabalhos científicos.

As fontes de consulta incluíram bases de dados eletrônicas amplamente reconhecidas na área da saúde, como SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram priorizados materiais publicados entre 2000 e 2024, redigidos em português e inglês, que abordassem aspectos clínicos, terapêuticos ou conceituais relacionados à fisioterapia em contextos psicossomáticos. Para orientar a busca, foram utilizados termos como “fisioterapia”, “doenças psicossomáticas”, “dor crônica”, “práticas integrativas”, entre outros correlatos.

A seleção incluiu artigos originais, revisões, dissertações, teses e livros com relevância comprovada para os objetivos do estudo. A análise do material coletado foi conduzida de maneira interpretativa, priorizando a identificação de achados relevantes, temas recorrentes e lacunas presentes na literatura. Por se tratar de uma revisão narrativa, não foram seguidos os protocolos metodológicos das revisões sistemáticas. O intuito foi ampliar a compreensão sobre o tema e oferecer subsídios críticos que possam contribuir com a atuação clínica na área.

2.0 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doenças psicossomáticas: conceito e implicações clínicas

As doenças psicossomáticas são distúrbios nos quais fatores emocionais, comportamentais e psíquicos influenciam diretamente a manifestação ou agravamento de sintomas físicos, ainda que muitas vezes não existam alterações estruturais visíveis nos exames clínicos. O termo “psicossomático” tem origem nas palavras gregas psyche (mente) e soma (corpo), indicando a inseparabilidade entre os aspectos mentais e corporais do processo saúde-doença (MELLO FILHO, 1992; ZIMERMAN, 2008).

Essa conexão entre corpo e mente é respaldada por diversos estudos que apontam que o estresse psicológico, a ansiedade, a depressão e vivências traumáticas podem desencadear ou intensificar sintomas físicos, como dores musculoesqueléticas, cefaleias, distúrbios gastrointestinais, palpitações e fadiga persistente (FREITAS; TOZATTO, 2023; BORGES et al., 2020). Em muitos casos, esses pacientes passam por diversas especialidades médicas sem obter um diagnóstico conclusivo, o que agrava o sofrimento e dificulta o acesso a um tratamento adequado.

De acordo com estudos em neurociência e psiconeuroimunologia, a presença prolongada de estressores emocionais pode alterar o funcionamento do sistema nervoso autônomo, além de afetar os eixos hormonais e o sistema imunológico, favorecendo a manifestação de sintomas físicos em diferentes sistemas do corpo (SILVA et al., 2021; LINTON; BERGBOM, 2011). Esse processo de somatização é, muitas vezes, inconsciente, e reflete a forma como o indivíduo lida com emoções mal elaboradas, conflitos internos ou pressões ambientais.

Na prática clínica, o reconhecimento da natureza psicossomática de determinados sintomas é um desafio. Isso porque o modelo biomédico tradicional, focado exclusivamente nas causas físicas, nem sempre contempla a complexidade da experiência humana. Para que o cuidado seja efetivo, é essencial adotar uma abordagem biopsicossocial, que considere o paciente em sua totalidade — incluindo sua história de vida, vínculos afetivos, estilo de

enfrentamento e percepção de si mesmo (ENGEL, 1977; GOMES; SILVA, 2020).

Entre as doenças psicossomáticas mais comuns estão a fibromialgia, a síndrome do intestino irritável, as dores crônicas sem origem estrutural clara, a tensão muscular generalizada, além de distúrbios dermatológicos e respiratórios funcionais. O impacto dessas condições na qualidade de vida é significativo, não apenas pelo sofrimento físico, mas também pela sobrecarga emocional, isolamento social e sensação de invalidação do sofrimento (STOPA et al., 2015).

Diante disso, é fundamental ampliar a escuta clínica e incorporar estratégias terapêuticas que reconheçam e validem o sofrimento psicossomático. Nesse cenário, a fisioterapia se destaca como uma aliada valiosa, especialmente quando integrada a práticas que consideram a interdependência entre mente e corpo.

2.1.1 Origens e desenvolvimento da psicossomática na história da saúde.

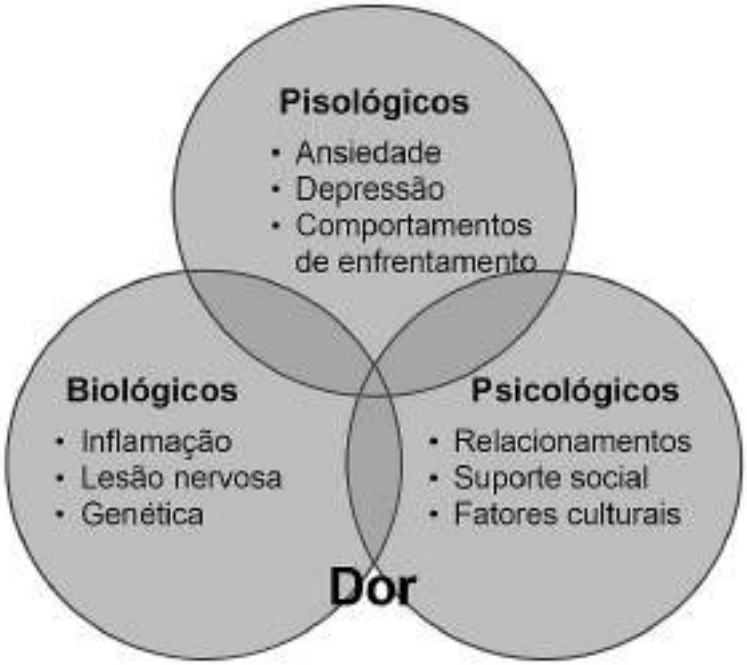
O entendimento das doenças psicossomáticas atravessa diversas correntes do pensamento médico e psicológico ao longo da história. Desde a Antiguidade, já se percebia a influência das emoções sobre o corpo — Hipócrates, por exemplo, acreditava que os desequilíbrios dos humores internos poderiam ser provocados por estados emocionais, afetando diretamente a saúde física (ZIMERMAN, 2008).

No entanto, foi apenas no século XX que a psicossomática ganhou status científico. A partir da medicina psicossomática clássica, desenvolvida por autores como Franz Alexander e Helen Flanders Dunbar, passou-se a reconhecer que certas doenças possuíam uma ligação direta com fatores emocionais, especialmente aquelas que não apresentavam explicações fisiológicas satisfatórias. Alexander (1950) propôs a ideia de que cada emoção reprimida ou mal elaborada poderia se manifestar em órgãos específicos, dando origem às chamadas “doenças psicossomáticas clássicas”, como úlcera gástrica, hipertensão essencial e asma brônquica.

Com o avanço das pesquisas em neurofisiologia e psicanálise, surgiu a psicossomática contemporânea, que amplia essa visão determinista e propõe uma compreensão mais dinâmica entre mente e corpo. Não se busca mais identificar uma emoção exata para cada doença, mas sim compreender como o funcionamento psíquico do sujeito se organiza diante de conflitos, traumas, vínculos e modos de viver (MELLO FILHO, 1992; NASIO, 2008). A doença, nesse contexto, é vista como um processo multifatorial, no qual o corpo pode se tornar o “porta-voz” de conteúdos emocionais que não puderam ser simbolizados.

A evolução no entendimento das doenças psicossomáticas também trouxe mudanças importantes na forma de cuidar. Com a introdução do modelo biopsicossocial, proposto por George Engel em 1977, a saúde passou a ser vista sob uma perspectiva mais ampla, que integra os aspectos biológicos, emocionais e sociais do indivíduo. Nesse contexto, a psicossomática deixa de ser uma área isolada entre medicina e psicologia, ganhando espaço como uma abordagem integral e acolhedora no cuidado à saúde.

Figura 1 – Modelo biopsicossocial da dor. Representação do modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977), que integra fatores biológicos, psicológicos e sociais no entendimento da dor.



Fonte: ENGEL. G.L. The need for a new medical model: a challenger for biomedicine. Science V. 196. N 4286. Pag. 129-136, 1977.

Na prática, esse olhar ampliado influencia diretamente a atuação dos profissionais da saúde, inclusive da fisioterapia. Quando o fisioterapeuta reconhece que um quadro de dor crônica pode estar relacionado à vivência de perdas, traumas, conflitos familiares ou sobrecarga emocional, ele se posiciona de forma mais empática e assertiva, conduzindo a intervenção de maneira humanizada e eficaz (ANGERAMI-CAMON, 2012).

Assim, compreender a evolução da psicossomática permite não apenas entender as bases conceituais do fenômeno, mas também resgatar a dimensão subjetiva e singular do paciente no processo de cuidado — algo essencial para o sucesso terapêutico em casos que envolvem somatizações.

2.1.2 A somatização: quando o corpo fala o que a mente sente

A somatização é definida como o processo pelo qual conflitos psíquicos, emoções reprimidas ou vivências traumáticas são transformados em sintomas físicos reais, ainda que não existam alterações anatômicas ou funcionais detectáveis nos exames clínicos (FREITAS; TOZATTO, 2023; LIPOWSKI, 1988). Trata-se de uma resposta inconsciente, em que o corpo se torna o meio de expressão do sofrimento emocional, frequentemente mascarado ou não verbalizado.

Segundo Mello Filho (1992), somatizar não é simplesmente "inventar uma doença", mas sim converter em linguagem corporal o que não pôde ser simbolizado emocionalmente. Isso acontece especialmente em contextos de estresse crônico, perda de vínculos afetivos, sobrecarga emocional ou dificuldade de lidar com determinadas situações. O sujeito, muitas vezes, não tem consciência dessa dinâmica e busca ajuda médica para tratar os sintomas físicos, como dores musculares, fadiga, enjoos, alterações intestinais, entre outros.

Esse fenômeno não é incomum na prática clínica. Estudos apontam que uma alta porcentagem de atendimentos em unidades básicas de saúde e emergências envolvem queixas somáticas sem causa clínica definida, mas que estão intimamente ligadas a contextos emocionais ou psíquicos não elaborados (SOUZA; ALVES, 2020). A repetição dessas queixas, associada à ausência de explicações biomédicas, muitas vezes gera frustração, medicalização excessiva e encaminhamentos múltiplos, sem resolução efetiva do problema.

Do ponto de vista psicanalítico, somatizar é uma forma de o inconsciente encontrar uma via alternativa de expressão. Freud já observava que, em certos casos, o corpo assumia o papel de manifestar simbolicamente conflitos psíquicos. Posteriormente, Lacan e Nasio aprofundaram essa ideia, apontando que a dor ou o sintoma físico pode representar um "significante do sofrimento" quando não há espaço para que o sujeito fale ou simbolize aquilo que viveu (NASIO, 2008).

A psicossomática contemporânea aprofunda esse entendimento ao considerar que o processo de somatização envolve uma complexa interação entre fatores emocionais, sociais, culturais e fisiológicos. Nesse olhar, o corpo deixa de ser apenas um organismo biológico e passa a ser compreendido como um espaço simbólico onde o sofrimento emocional se manifesta fisicamente, especialmente quando não encontra caminhos para ser compreendido ou expresso verbalmente (NASPOLINI et al., 2018).

A atuação dos profissionais da saúde, nesse contexto, exige sensibilidade e escuta qualificada. Na fisioterapia, isso se traduz em um cuidado que não se limita à reabilitação

física, mas que considera o histórico emocional do paciente, seu ambiente familiar, seus hábitos e sua percepção sobre a própria dor. Como reforça Angerami-Camon (2012), a dor do corpo pode, muitas vezes, esconder uma dor da alma, e reconhecê-la é o primeiro passo para um cuidado mais efetivo e humanizado.

2.2 A dor psicossomática: tipos, causas e impactos

A dor representa uma vivência sensorial e emocional multifacetada, que pode surgir tanto como resposta a lesões físicas quanto como expressão de estados emocionais intensos. Em quadros psicossomáticos, é comum que essa dor não esteja vinculada a alterações orgânicas evidentes, mas sim a conflitos internos, traumas, estresse contínuo ou emoções mal elaboradas. Ainda que sem causa física aparente, trata-se de uma dor legítima e subjetiva, com efeitos concretos sobre o bem-estar e a funcionalidade do indivíduo (Melzack & Wall, 1965; Nasio, 2008).

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor deve ser compreendida como uma experiência individual, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, o que reforça a visão biopsicossocial do sofrimento (IASP, 2020). A dor psicossomática, nesse contexto, é a expressão corporal de uma angústia que não encontrou outra forma de ser comunicada — ela fala pelo corpo quando a mente silencia.

A dor psicossomática pode se manifestar em diferentes formas e regiões do corpo, mesmo na ausência de lesões orgânicas comprováveis. Entre os tipos mais frequentes estão às cefaleias tensionais, dores cervicais e lombares persistentes, dores musculares generalizadas — como ocorre na fibromialgia — e sintomas viscerais funcionais, como cólicas, gastrites nervosas ou sensação de aperto no peito. Muitas vezes, essas dores são migratórias, de difícil localização ou cronificadas, afetando a rotina do paciente sem uma explicação médica evidente (Souza; Lima, 2020; APA, 2013).

As causas estão associadas a conflitos emocionais não elaborados, estresse crônico, histórico de trauma, ansiedade generalizada, depressão e mecanismos de repressão emocional. A mente, ao não conseguir lidar diretamente com certos conteúdos psíquicos, os converte em manifestações físicas — é o corpo que fala, através da dor. Do ponto de vista neurobiológico, isso se explica pela ativação persistente do sistema límbico, do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) e pela sensibilização central, que mantém o circuito da dor ativo mesmo após a resolução de um evento físico inicial (Tracey; Mantyh, 2007; Nasio, 2008).

Os impactos da dor psicossomática são profundos e abrangem tanto o funcionamento

físico quanto a esfera emocional e social do paciente. Além de comprometer a qualidade de vida, a dor interfere no sono, no apetite, na capacidade de concentração e no desempenho ocupacional. Muitas vezes, esses indivíduos enfrentam invalidação social, sendo rotulados como hipocondríacos ou sensíveis em excesso, o que agrava ainda mais o sofrimento. Por isso, reconhecer a dor psicossomática como legítima e tratável é essencial para promover cuidado integral e humanizado (IASP, 2020; Angerami, 2012).

2.2.1 Dor aguda

A dor aguda é caracterizada por seu surgimento súbito e curta duração, geralmente ligada a causas físicas identificáveis, como inflamações ou lesões. No entanto, em contextos psicossomáticos, também pode se manifestar em momentos de forte tensão emocional, como em crises de ansiedade, pânico ou episódios de estresse intenso que desencadeiam contraturas musculares. Mesmo passageira essa dor funciona como um sinal de alerta, indicando desequilíbrios emocionais importantes (Zimerman, 2008).

2.2.2 Dor crônica

A dor crônica é aquela que persiste por mais de três meses e frequentemente não possui uma causa física aparente. É comum em quadros de fibromialgia, cefaleia tensional, síndrome de dor miofascial, entre outros distúrbios funcionalmente dolorosos. Essa dor é mantida por mecanismos neurofisiológicos complexos, como a plasticidade neuronal e a sensibilização central, mas também está fortemente associada à vivência de perdas, lutos, sobrecargas emocionais e históricos de traumas (APKARIAN et al., 2004; BEZERRA et al., 2022).

Do ponto de vista emocional, essa dor tende a gerar isolamento social, diminuição da autoestima e sintomas depressivos, o que contribui para um ciclo vicioso entre sofrimento físico e psíquico.

2.2.3. Dor recorrente

A dor recorrente se caracteriza por surgir em episódios intercalados por períodos de alívio. São comuns em situações como dores abdominais durante momentos de estresse, dores lombares em dias de tensão emocional ou enxaquecas associadas à ansiedade. Esse tipo de dor costuma ser desencadeado por gatilhos emocionais específicos, embora nem sempre o

paciente consiga perceber ou relacionar diretamente o sintoma com seu estado psíquico (Souza; Alves, 2020).

A dor psicossomática afeta não apenas o corpo, mas também o comportamento, os relacionamentos, o desempenho no trabalho e a motivação geral do paciente. Por ser invisível nos exames, ela frequentemente é desvalorizado ou mal compreendido, o que gera frustração, abandono de tratamentos e medicalização excessiva. Isso amplia o sofrimento e reforça o ciclo de dor, angústia e inatividade (SILVA et al., 2021; GOMES; SILVA, 2020).

As causas da dor aguda, geralmente são identificáveis e costumam operar através de mecanismos como: lesão mecânica, irritação química dos tecidos, queimaduras, estresse tecidual (como isquemia), distensão aguda de vísceras ou vasos sanguíneos, e espasmo de músculos lisos (LOBATO, 2009). Exemplos comuns de dor aguda incluem aquelas que surgem após cirurgias, em casos de traumatismos extensos, durante infartos agudos do miocárdio, no trabalho de parto, em determinadas cefaleias, obstruções de vísceras ocas, entre outras condições clínicas. A resposta emocional básica do indivíduo à dor aguda, ao ser percebida como uma ameaça é geralmente a ansiedade, acompanhada de várias reações físicas.

2.3 Dimensões emocionais da dor e suas memórias inconscientes

A dor é uma vivência subjetiva e multifatorial, influenciada por fatores sensoriais, emocionais e cognitivos que se entrelaçam na experiência individual. No contexto psicossomático, a dor frequentemente surge ou se intensifica como resposta a conteúdos emocionais não elaborados. Eventos como traumas, perdas afetivas não resolvidas ou negligência emocional durante o desenvolvimento podem gerar uma hiperativação persistente do sistema nervoso autônomo, afetando diretamente os mecanismos de percepção e regulação da dor (Freitas; Tozatto, 2023; Apkarian et al., 2004).

Do ponto de vista neurobiológico, emoções intensas como medo, raiva e tristeza são processadas em regiões cerebrais que também participam da codificação e da modulação da dor, como a amígdala, o córtex cingulado anterior e o hipocampo. Essa sobreposição funcional explica por que memórias emocionais dolorosas podem ser reativadas durante episódios de dor física, mesmo na ausência de estímulos nociceptivos atuais (Linton; Bergbom, 2011). O corpo, nesse sentido, transforma-se em um canal de expressão do inconsciente, manifestando por meio de sintomas físicos os conflitos internos que não foram simbolizados verbalmente.

Além dos aspectos neurobiológicos, estudos indicam que a dor psicossomática pode surgir como forma de expressão corporal de emoções reprimidas ou não verbalizadas. Quando o indivíduo não encontra meios conscientes e simbólicos de elaborar vivências difíceis, o corpo pode assumir o papel de "porta-voz", traduzindo esse sofrimento psíquico em sinais físicos como dor, tensão muscular ou fadiga crônica. Essa manifestação somática se torna, então, uma tentativa inconsciente de dar vazão ao conteúdo emocional bloqueado (Nasio, 2008; Angerami, 2012).

Nesse contexto, a atuação fisioterapêutica ganha um papel fundamental ao integrar escuta sensível e técnicas corporais que favoreçam o reconhecimento dessas memórias emocionais inscritas no corpo. Intervenções como a liberação miofascial, o Pilates terapêutico e a auriculoterapia não apenas aliviam a dor física, mas também criam espaços de reconexão com sensações e afetos antigos, permitindo que o paciente ressignifique sua dor de forma segura e gradual (Freitas; Tozatto, 2023; Wood, 2022).

2.3.1 Ansiedade, estresse e dor crônica

A ansiedade e o estresse prolongado alteram significativamente os mecanismos de modulação da dor no cérebro. A ativação crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) aumenta os níveis de cortisol e adrenalina, o que interfere na plasticidade neuronal, favorecendo a hipersensibilidade dolorosa e a somatização (McEWEN, 2000; SILVA et al., 2021). Além disso, a hipervigilância corporal típica de pacientes ansiosos pode levar à antecipação da dor, tornando o sistema nervoso mais reativo a estímulos mínimos.

Tabela 1 – Etapas do Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA) Representação das estruturas e hormônios envolvidos no eixo HHA, destacando seu papel na resposta ao estresse e sua relação com a dor psicossomática.

Estrutura	**Hormônio Liberado**	**Função / Papel Fisiológico**
Hipotálamo	CRH (*Corticotropin Releasing Hormone*)	Detecta o estresse e ativa a resposta inicial neuroendócrina
Hipófise (anterior)	ACTH (*Adrenocorticotropic Hormone*)	Estimula as glândulas adrenais a produzirem cortisol
Glândulas Adrenais	Cortisol	Promove adaptação ao estresse, regula metabolismo, inflamação e resposta imunológica

Fonte: Adaptado de McEwen (2000); Moraes et al. (2020).

O eixo HHA desempenha papel crucial nas respostas ao estresse. Quando cronicamente ativado, como em quadros de dor psicossomática, pode provocar disfunções hormonais, sensibilização do sistema nervoso central e perpetuação da dor (MORAES et al., 2020; BORSOOK et al., 2013).

BUSHNELL et al. (2013) demonstram que em situações de ansiedade, há uma maior ativação do córtex somatossensorial e da ínsula, áreas ligadas à percepção consciente da dor. Isso ajuda a entender por que indivíduos com transtornos de ansiedade relatam dores mais intensas e recorrentes, mesmo sem evidências clínicas claras de lesão. Nesses casos, o cuidado fisioterapêutico precisa incluir técnicas que auxiliem na autorregulação emocional, como o relaxamento guiado, o uso da respiração diafragmática e práticas como o Pilates terapêutico.

Outro fator relevante é o impacto do estresse emocional crônico na musculatura. Tensão muscular mantida ao longo do tempo, especialmente em regiões como pescoço, ombros e lombar, pode gerar quadros de dor miofascial e limitações funcionais. Segundo LINTON e SHAW (2011), o estresse não apenas desencadeia dor, mas também reduz a capacidade do indivíduo de lidar com ela, o que agrava o quadro clínico. Dessa forma, é essencial que o tratamento vá além da biomecânica, reconhecendo o sofrimento emocional como parte do processo terapêutico.

Há também evidências de que a ansiedade interfere na percepção de segurança do

ambiente. Pacientes que vivem em estado constante de alerta tendem a interpretar sinais corporais normais como ameaçadores, o que pode intensificar a dor percebida. Esse fenômeno, conhecido como catastrofização, contribui para a amplificação dos sintomas e reforça comportamentos de evitação, perpetuando o sofrimento (SULLIVAN et al., 2001). Técnicas fisioterapêuticas que promovem autoconsciência e reinterpretação sensorial, como a educação em neurociência da dor, têm mostrado eficácia nesse tipo de caso (MOSLEY; BUTLER, 2017).

Além disso, há evidências de que o estresse e a ansiedade alteram a atividade dos neurotransmissores como a serotonina e a dopamina, que estão envolvidos tanto no humor quanto na regulação da dor. (Intervenções fisioterapêuticas integrativas, ao promoverem bem-estar físico e emocional, podem auxiliar na restauração desse equilíbrio neuroquímico (NASCIMENTO; CRUZ, 2023; BEZERRA et al., 2022).).

2.3.2 Plasticidade neural e perpetuação do sofrimento

A plasticidade neural refere-se à capacidade do sistema nervoso de se reorganizar funcional e estruturalmente em resposta a estímulos externos, experiências ou lesões. Embora essa propriedade seja essencial para a aprendizagem e a reabilitação, ela também está envolvida na cronificação da dor, especialmente quando o cérebro “aprende” a manter a sensação dolorosa mesmo após a resolução da lesão inicial (APKARIAN et al., 2004; WOOLF, 2011).

De acordo com Tracey e Mantyh (2007), nos casos de dor crônica, ocorre um fortalecimento das conexões entre estruturas como o córtex pré-frontal, a amígdala e o tálamo. Esse padrão de ativação se mantém mesmo na ausência de estímulos nocivos, perpetuando a dor de forma independente. Esse processo é conhecido como sensibilização central e ajuda a compreender por que muitos pacientes continuam sentindo dor mesmo quando não há sinais clínicos evidentes de inflamação, lesão ou alterações estruturais.

Além da sensibilização central, outro fator relevante é a presença de memórias implícitas de dor, que podem ser reativadas por estímulos emocionais ou sensoriais ligados a experiências passadas de sofrimento. Segundo Levine (2009), essas memórias não ficam apenas registradas na mente, mas também no corpo, sob a forma de "traços somáticos", que podem emergir automaticamente diante de determinadas situações ou relações, muitas vezes sem que o paciente tenha plena consciência disso.

Esse processo é especialmente frequente em pessoas que vivenciaram traumas, abusos emocionais ou episódios de estresse pós-traumático.

Tabela 02: Tabela x Esquema – Corpo e memória somática da dor

Experiências traumáticas ou emocionais intensas ⬇
Ativação do sistema límbico (amígdala e hipocampo) ⬇
Registro da dor em áreas sensoriais e emocionais ⬇
Armazenamento implícito no corpo (“traços somáticos”) ⬇
Reativação automática da dor diante de gatilhos emocionais ou sensoriais

Fonte: Adaptado de Levine (2009), Nasio (2008) e Wood (2022).

Esse processo ocorre porque o sistema límbico, especialmente a amígdala e o hipocampo, é responsável por registrar a carga emocional de uma experiência. Quando associada à dor, essa memória pode ser reativada por gatilhos sensoriais, posturais ou relacionais, levando à perpetuação do sofrimento. O traço somático explica por que muitas dores crônicas resistem aos tratamentos exclusivamente físicos (LEVINE, 2009; NASIO, 2008; WOOD, 2022).

Do ponto de vista terapêutico, a compreensão da plasticidade neural abre caminho para abordagens baseadas na ressignificação da dor e na reeducação sensório-motora. Técnicas fisioterapêuticas como o Pilates terapêutico, a liberação miofascial e a auriculoterapia têm demonstrado eficácia na modulação do sistema nervoso autônomo, promovendo mudanças positivas nos circuitos neurais associados à dor e ao estresse (FERREIRA et al., 2020; LOPES et al., 2022).

Além dos recursos físicos, a presença empática do fisioterapeuta, a escuta ativa e a criação de um ambiente seguro são elementos essenciais para que o paciente desenvolva novas memórias corporais positivas. WOOD (2022) ressalta que o corpo precisa reaprender a sentir-se seguro, funcional e em equilíbrio, o que só é possível por meio de práticas que respeitem o tempo subjetivo de cada paciente.

Reconhecer a plasticidade neural como um fenômeno bidirecional — capaz tanto de manter quanto de transformar padrões de dor — é uma chave fundamental para o sucesso da fisioterapia em casos de sofrimento psicossomático. Ao favorecer a reinterpretação do corpo e da dor, a intervenção fisioterapêutica se torna um caminho de cura que vai além do alívio

físico, tocando também a esfera emocional e simbólica do sujeito (ANGERAMI, 2012; NASIO, 2008).

Dessa forma, a plasticidade neural e os traços somáticos formam a base para entender o sofrimento psicossomático como um fenômeno dinâmico e reconfigurável — o que será explorado a seguir com base nas abordagens fisioterapêuticas integrativas. (LOPES, 2022)

2.4 Fisioterapia como abordagem integrativa

A fisioterapia contemporânea vem se consolidando como uma prática cada vez mais abrangente, que vai além da reabilitação biomecânica e se aproxima de uma abordagem integrativa e centrada no paciente. No contexto das doenças psicossomáticas, essa visão ampliada é especialmente necessária, já que o corpo frequentemente manifesta sintomas físicos que têm origem em desequilíbrios emocionais, traumas ou estresse crônico (SILVA et al., 2021; NASCIMENTO; CRUZ, 2023).

A atuação fisioterapêutica nesse cenário requer olhar clínico sensível, escuta ativa e domínio de técnicas que promovam não apenas o alívio da dor, mas também a autorregulação do sistema nervoso e a reconexão corpo-mente. Intervenções como a liberação miofascial, o Pilates terapêutico e a auriculoterapia têm demonstrado resultados positivos em casos de dor crônica, ansiedade, tensão muscular e distúrbios funcional sem causa orgânica definida (BEZERRA et al., 2022; WOOD, 2022).

Essas técnicas atuam de forma integrada em diferentes dimensões do cuidado: no plano físico, contribuem para a redução da dor e a melhora da mobilidade; no aspecto emocional, auxiliam no alívio de tensões e na promoção do bem-estar; e, funcionalmente, favorecem a recuperação da autonomia e da qualidade de vida. Além disso, estimulam o desenvolvimento da consciência corporal, permitindo ao paciente identificar com mais clareza a origem e os significados dos sintomas que experimenta (ROCHA; SILVA, 2018).

Adotar uma abordagem integrativa na fisioterapia também significa reconhecer o corpo como espaço simbólico de expressão subjetiva, especialmente em situações onde o sofrimento não encontra espaço para ser verbalizado. O cuidado fisioterapêutico, nesse contexto, atua como uma linguagem possível entre o físico e o emocional, oferecendo caminhos terapêuticos que respeitam a complexidade e a singularidade de cada paciente. No âmbito médico, a dor crônica é vista como uma condição complexa que apresenta desafios fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos. Pacientes que sofrem de dor crônica tendem a visitar consultórios médicos com maior frequência do que outros pacientes e muitas vezes não encontram sucesso nas terapias aplicadas. Estima-se que essa condição afete entre 29,3% a

73,3% da população, sendo mais prevalente em mulheres, especialmente na região dorsal e lombar (VASCONCELOS; ARAÚJO, 2018).

2.4.1 O papel da fisioterapia nas manifestações psicossomáticas

A fisioterapia, historicamente reconhecida por sua atuação sobre o sistema musculoesquelético, vem ampliando seu escopo clínico ao integrar uma abordagem mais humanizada e interdisciplinar, especialmente em contextos que envolvem doenças psicossomáticas. Nessas condições, o sintoma físico frequentemente é uma expressão de sofrimento emocional não verbalizado, e o fisioterapeuta, ao atuar diretamente sobre o corpo, torna-se um profissional estratégico para acolher e intervir sobre esses sinais (SILVA; COSTA, 2018; ANGERAMI-CAMON, 2012).

A dor psicossomática — muitas vezes crônica recorrente ou funcional — demanda uma escuta diferenciada e uma prática clínica que vá além da reabilitação mecânica. O fisioterapeuta deve considerar não apenas a queixa física, mas também os aspectos emocionais, comportamentais e contextuais que influenciam a dor. Isso envolve a construção de vínculo terapêutico, a educação em dor e o uso de técnicas que promovam relaxamento, consciência corporal e regulação do sistema nervoso (LINTON; BERGBOM, 2011; NASCIMENTO; CRUZ, 2023).

Diferente de uma abordagem puramente técnica, a fisioterapia aplicada a pacientes com somatização exige empatia, escuta ativa e um olhar biopsicossocial. Técnicas como toque terapêutico, cinesioterapia suave, exercícios respiratórios, Pilates clínico e liberação miofascial oferecem ao paciente a possibilidade de reconectar-se ao próprio corpo, ressignificar a dor e desenvolver maior autonomia no cuidado de si (WOOD, 2022; BEZERRA et al., 2022; FREITAS; TOZATTO, 2023).

Além disso, a atuação do fisioterapeuta pode contribuir para a redução da medicalização excessiva e do número de encaminhamentos desnecessários, ao oferecer uma abordagem funcional e integrativa que respeita a complexidade da dor psicossomática (SOUZA; ALVES, 2020). Isso reforça o papel da fisioterapia como componente fundamental das práticas de cuidado em saúde mental, especialmente quando alinhada a equipes multiprofissionais (GOMES; SILVA, 2020).

Assim, o fisioterapeuta que atua nesse campo deve ser capacitado não apenas em técnicas manuais ou de movimento, mas também em comunicação terapêutica, psicofisiologia da dor e práticas integrativas, o que amplia sua atuação clínica e fortalece seu protagonismo no tratamento de pacientes com queixas físicas de origem psicossomática (ANGERAMI-CAMON, 2012; SILVA et al., 2021).

2.4.2 A escuta terapêutica na prática fisioterapêutica

A escuta terapêutica tem se destacado como um elemento indispensável no atendimento fisioterapêutico voltado para quadros psicossomáticos. Em contextos nos quais a dor ultrapassa explicações anatômicas ou biomecânicas, o acolhimento atento e humanizado por parte do profissional torna-se uma ferramenta terapêutica tão relevante quanto às técnicas manuais ou os exercícios físicos. Ao ser ouvido com empatia, o paciente passa a compreender sua dor como legítima, o que favorece o processo de construção de significado e alívio do sofrimento (PEREIRA et al., 2020; NASCIMENTO; CRUZ, 2023).

Esse tipo de escuta rompe com abordagens mecanicistas que frequentemente reduzem o corpo a um conjunto de disfunções, desconsiderando sua dimensão emocional e simbólica. O fisioterapeuta que escuta de forma sensível abre espaço para que o paciente expresse aspectos subjetivos que muitas vezes não conseguem ser ditos verbalmente, mas que se manifestam em forma de dor, tensão ou bloqueio corporal. Assim, a escuta torna-se uma ponte entre o corpo que sente e a mente que silencia (ANGERAMI, 2012).

Essa prática exige do profissional habilidade comunicativa e afetiva, como saber escutar com atenção plena, reconhecer sinais não verbais e criar um ambiente de confiança mútua. Muitas vezes, os gestos, a postura e a expressão corporal do paciente revelam mais do que o discurso objetivo. Com isso, a escuta terapêutica se transforma também em uma forma de diagnóstico ampliado, que enxerga o indivíduo em sua totalidade — física, emocional e social (WOOD, 2022).

A literatura evidencia que pacientes que se sentem acolhidos e compreendidos durante o processo terapêutico demonstram maior engajamento, confiança e adesão ao tratamento, com efeitos positivos não apenas na redução da dor, mas também na autoestima e na autonomia funcional (PEREIRA et al., 2020; NASCIMENTO; CRUZ, 2023). Esse vínculo terapêutico estabelece um espaço de cuidado no qual o corpo deixa de ser apenas tratado e passa a ser escutado.

Nesse cenário, torna-se fundamental distinguir entre uma comunicação estritamente técnica

— com foco apenas nos aspectos biomecânicos — e a escuta terapêutica, que acolhe o sofrimento subjetivo e estabelece um vínculo de confiança. Para ampliar a compreensão sobre a escuta terapêutica, apresenta-se a seguir um quadro que diferencia a comunicação técnica tradicional da abordagem empática centrada no paciente, destacando seus impactos no cuidado fisioterapêutico (PEREIRA et al., 2020; ANGERAMI, 2012).

Quadro 01 – Diferenciação entre abordagem técnica convencional e escuta terapêutica

Abordagem Técnica Convencional	**Escuta Terapêutica Integrativa**
Foco na biomecânica e anatomia	Foco no sujeito como um todo
Diagnóstico objetivo	Diagnóstico ampliado e subjetivo
Comunicação direcionada e técnica	Diálogo empático e acolhedor
Aplicação padronizada de técnicas	Individualização e adaptação do cuidado

Fonte: adaptado de Pereira et al. (2020) e Angerami (2012)

Dessa maneira, a escuta terapêutica ultrapassa a função de coleta de informações para se consolidar como parte essencial da prática fisioterapêutica. Em especial nos casos em que o sofrimento psíquico se expressa por meio do corpo, escutar o paciente em sua integralidade é um passo fundamental para uma intervenção eficaz, ética e humanizada (ANGERAMI, 2012; WOOD, 2022).

2.4.3 Auriculoterapia: modulação neuroemocional via pontos reflexos

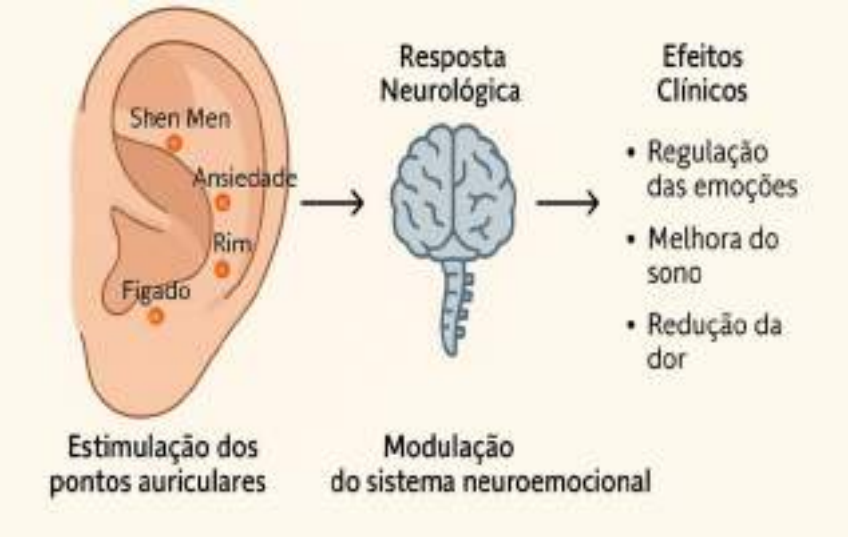
A auriculoterapia é uma técnica da medicina tradicional chinesa que utiliza a estimulação de pontos específicos na orelha para tratar diversos distúrbios físicos e emocionais. Essa prática baseia-se na premissa de que a orelha representa um microcosmo do corpo humano — um “mapa corporal invertido” — e que a estimulação de pontos auriculares influência direta ou indiretamente o funcionamento de órgãos, sistemas e o equilíbrio energético do indivíduo (NOGUEIRA et al., 2019; LOPES; FERNANDES, 2021).

A estimulação desses pontos ativa mecanismos de autorregulação do organismo, favorecendo a liberação de neurotransmissores como endorfinas e serotonina, que contribuem

para a analgesia, redução da ansiedade e melhora do sono. Essa ação multifatorial torna a auriculoterapia uma ferramenta especialmente útil no cuidado de pacientes com queixas psicossomáticas, pois atua simultaneamente nos planos físico e emocional, dentro de uma proposta integrativa e humanizado (FERREIRA et al., 2020; NASCIMENTO; CRUZ, 2023).

Na fisioterapia, a auriculoterapia tem sido incorporada como recurso complementar no tratamento de dores crônicas, distúrbios psicossomáticos, quadros ansiosos e tensões musculares de origem emocional. Isso se deve à sua capacidade de promover a modulação do sistema nervoso autônomo, atuando principalmente sobre o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o que resulta em redução do estresse, melhora do sono, equilíbrio do humor e alívio da dor (FERREIRA et al., 2020).

Figura 02: Representação esquemática da modulação neuroemocional por meio da auriculoterapia.



Fonte: Adaptado em Ferreira et al. (2020), Lopes e Fernandes (2021) e Yang et al. (2021).

A aplicação da auriculoterapia em quadros psicossomáticos fundamenta-se na estimulação de pontos auriculares com efeito reflexo sobre órgãos e sistemas do corpo. Pontos como Shen Men, Ansiedade, Rim e Fígado atuam diretamente sobre a regulação neuroemocional, favorecendo o equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático. Estruturas como o subcórtex e o tálamo são ativadas indiretamente por meio de aferências nervosas, especialmente do nervo vago, promovendo alívio da dor, redução da ansiedade e melhora da qualidade do sono. Esse efeito global justifica o uso da auriculoterapia como um recurso seguro, eficaz e humanizado dentro do plano terapêutico fisioterapêutico (FERREIRA et al., 2020; LOPES et al., 2022; NASCIMENTO; CRUZ, 2023).

O estímulo pode ser feito com agulhas sistêmicas, sementes de mostarda, esferas magnéticas ou laser de baixa intensidade. Os pontos mais utilizados em pacientes com

sintomas psicossomáticos são: Shen Men, rim, fígado, tálamo, subcórtex e ponto da ansiedade. Esses pontos estão associados à regulação das emoções, da energia vital e da resposta inflamatória (BARROS; PONTES, 2018).

Para compreender como o estresse afeta diretamente o corpo em situações de dor psicossomática, é essencial analisar a atuação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA). Esse sistema neuroendócrino é o principal responsável por coordenar a resposta ao estresse, desde a detecção de ameaças até a liberação de hormônios que mobilizam o organismo. (Freitas; Tozatto, 2023; Apkarian et al., 2004).

Seu funcionamento ocorre em etapas sequenciais e integradas, e sua ativação contínua, como observada em pacientes ansiosos ou submetidos à pressão emocional constante, está associada a alterações na percepção da dor (McEWEN, 2000; MORAES et al., 2020). Abaixo, as principais fases desse eixo, destacando as estruturas envolvidas, os hormônios liberados e suas funções no contexto do estresse crônico e da dor.

Tabela 03 – Relação entre pontos da orelha e os efeitos terapêuticos na auriculoterapia
Estudos demonstram que a auriculoterapia tem efeitos mensuráveis na frequência

Ponto Auricular	Efeito Terapêutico
Shen Men	Redução do estresse, insônia e ansiedade
Ansiedade	Diminuição da agitação mental e sintomas ansiosos
Rim	Regulação hormonal, equilíbrio da energia vital e do medo
Fígado	Controle da raiva, relaxamento muscular e desintoxicação
Subcórtex	Modulação emocional e resposta inconsciente ao estresse
Tálamo	Processamento sensorial e alívio da dor

Fonte: Adaptado em Ferreira et al. (2020); Nogueira et al. (2019); Lopes & Fernandes (2021).

Além dos benefícios clínicos, a auriculoterapia favorece o autoconhecimento e a percepção emocional, pois muitas vezes o paciente é orientado a monitorar seus estados internos durante e após a aplicação dos estímulos. Essa consciência corporal e afetiva pode ser um ponto-chave na quebra do ciclo de dor-tensão-sofrimento que caracteriza os quadros psicossomáticos (NASCIMENTO; CRUZ, 2023; SILVA et al., 2021).

Além do embasamento energético da medicina oriental, a auriculoterapia também encontra respaldo na neurociência contemporânea, sobretudo por meio da conexão da orelha com ramos do nervo vago, nervo trigêmeo e nervo facial, que estabelecem comunicação com estruturas cerebrais como o tálamo, o hipotálamo e o sistema límbico. (NOGUEIRA et al., 2019; YANG et al., 2021; LOPES; FERNANDES, 2021).

Tabela 04 – Estruturas nervosas auriculares, suas conexões cerebrais e os efeitos terapêuticos relacionados à auriculoterapia.

Estrutura Nervosa/Auricular	**Conexões Cerebrais**	**Funções Relacionadas à Auriculoterapia**
Nervo Vago	Sistema límbico, tronco encefálico, hipotálamo	Regulação autonômica, controle da dor e da ansiedade
Nervo Trigêmeo	Tálamo, córtex somatossensorial	Percepção sensorial, modulação da dor
Nervo Facial	Sistema límbico, núcleo do trato solitário	Resposta emocional, equilíbrio neurovegetativo

Fonte: Adaptado de Ferreira et al. (2020); Nogueira et al. (2019); Lopes e Fernandes (2021); Yang et al. (2021).

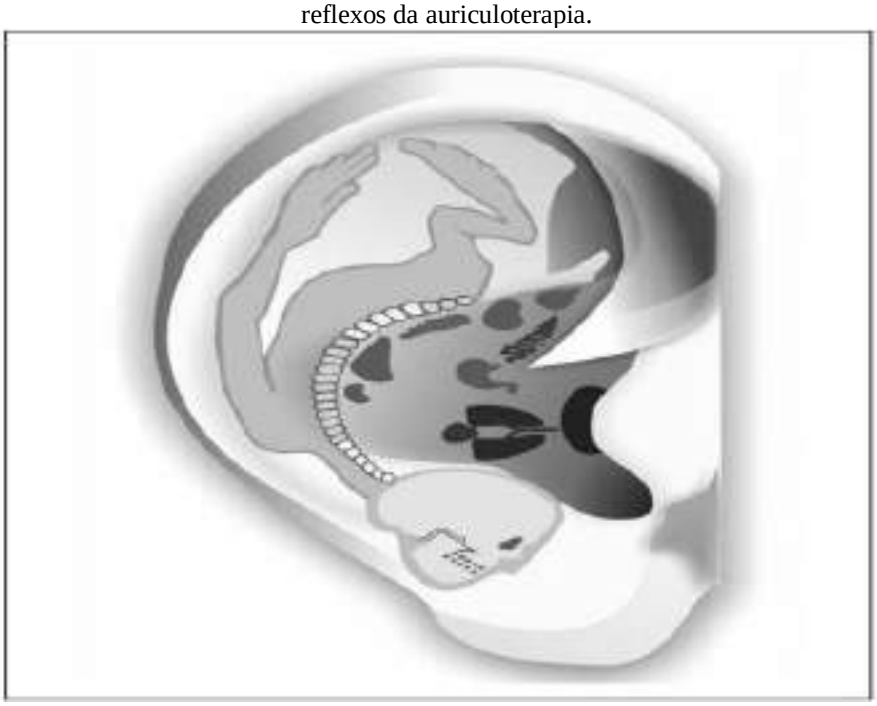
O nervo vago, amplamente estudado na neurociência, possui ramificações na região da orelha que se comunica com áreas profundas do cérebro, como o sistema límbico, o tronco encefálico e o hipotálamo. Ao ser estimulado, ele promove o equilíbrio do sistema nervoso autônomo, contribuindo para a redução da ansiedade, regulação da frequência cardíaca e alívio da dor. Por isso, é um dos alvos mais utilizados em protocolos voltados ao bem-estar emocional (FERREIRA et al., 2020; YANG et al., 2021).

O nervo trigêmeo, outro nervo importante com ramificações na orelha, envia sinais ao tálamo e ao córtex somatossensorial, áreas cerebrais relacionadas à percepção sensorial e à dor. Ao ativar essas vias, a auriculoterapia contribui para a modulação dos sinais dolorosos, sendo especialmente eficaz no tratamento de cefaleias tensionais, bruxismo e dores musculares relacionadas ao estresse (LOPES; FERNANDES, 2021).

E o nervo facial atua em conjunto com o sistema límbico e o núcleo do trato solitário, sendo responsável por respostas emocionais e pelo controle de funções internas, como digestão e respiração. Sua estimulação está associada à regulação do humor, melhora da qualidade do sono e equilíbrio das funções viscerais — fatores importantes no cuidado de pacientes com queixas psicossomáticas, onde corpo e mente está intimamente interligada (NOGUEIRA et al., 2019).

Essas conexões neurológicas entre a orelha e o sistema nervoso central ajudam a explicar a base funcional do mapa somático auricular, amplamente utilizado na prática clínica da auriculoterapia. Representado graficamente por um corpo humano em posição fetal invertida sobre a superfície auricular, esse mapa reflete a correspondência reflexa entre pontos da orelha e diferentes regiões corporais. (NOGUEIRA et al., 2019; LOPES; FERNANDES, 2021; YANG et al., 2021).

Figura 03 – Representação do corpo humano em posição fetal sobre o pavilhão auricular, indicando os pontos reflexos da auriculoterapia.



Fonte: Adaptado de Nogueira et al. (2019) e Lopes; Fernandes (2021).

Tal organização segue a lógica da projeção somatotópica, permitindo que a estimulação de áreas específicas da orelha influencie diretamente órgãos, sistemas e funções emocionais por meio das vias neurais já descritas (NOGUEIRA et al., 2019; YANG et al., 2021).

Portanto, a auriculoterapia representa uma ferramenta segura, de baixo custo, não invasiva e altamente eficaz quando integrada ao plano terapêutico do fisioterapeuta, especialmente em abordagens que valorizam o cuidado humanizado e o equilíbrio mente-corpo (LOPES; FERNANDES, 2021; FERREIRA et al., 2020; GOMES; SILVA, 2020).

2.4.4 A influência neurofisiológica da liberação miofascial na dor crônica

A liberação miofascial é uma técnica manual utilizada na fisioterapia que tem como objetivo promover o alongamento e a reorganização das fáscias — tecidos conjuntivos que

revestem e interligam músculos, ossos, nervos e órgãos. Em quadros de dor crônica, essas estruturas podem apresentar restrições e aderências que interferem na mobilidade, na circulação e na função muscular. No entanto, tais alterações vão além de questões mecânicas, estando diretamente relacionadas a mecanismos neurofisiológicos que envolvem dor, estresse e respostas emocionais (Myers, 2014; Bezerra et al., 2022).

Do ponto de vista neurofisiológico, a fáscia é altamente inervada por terminações nervosas livres, mecanorreceptores e proprioceptores, tornando-se um importante veículo de percepção sensorial e regulação do tônus muscular. Alterações nesse tecido influenciam diretamente o sistema nervoso autônomo, podendo gerar uma resposta simpática aumentada, o que contribui para a manutenção da dor crônica e do estado de alerta corporal (SCHLEIP et al., 2012).

Tabela 05 – Mecanismo neurofisiológico da liberação miofascial na modulação da dor crônica.

Liberação miofascial (Estímulo mecânico) → Ativação de receptores miofasciais Ruffini, Golgi e terminações livres → Modulação do sistema nervoso autonomo → Resposta autonômica parassimpática → Relaxamento muscular → Redução da dor e da ansiedade.

Fonte: Adaptado de Morrison et al. (2013), Schleip et al. (2012).

Estudos demonstram que a aplicação de técnicas de liberação miofascial promove estímulos mecânicos que modulam a atividade dos receptores de Golgi e Ruffini, o que gera uma inibição reflexa do tônus muscular e uma ativação parassimpática, favorecendo relaxamento, analgesia e sensação de bem-estar (MORRISON et al., 2013). Essa resposta neurofisiológica contribui para a quebra do ciclo dor-tensão-dor comum em quadros como fibromialgia, lombalgias crônicas e cervicalgias funcionais.

Quando esses receptores são ativados por pressão ou alongamento lento, ocorre uma modulação do tônus muscular por meio de reflexos inibitórios. Essa resposta envolve uma diminuição da atividade simpática (relacionada ao estado de alerta) e o favorecimento do sistema parassimpático, que atua no relaxamento, na recuperação tecidual e na analgesia. Estudos apontam que esse efeito autonômico explica a sensação imediata de alívio, bem-estar e até sonolência após a aplicação da técnica (MORRISON et al., 2013; FREITAS; TOZATTO, 2023).

Além disso, há evidências de que a liberação miofascial influencia positivamente o sistema límbico, especialmente as áreas relacionadas à memória e à emoção, como o

hipocampo e a amígdala. Isso significa que, ao liberar restrições fasciais, o fisioterapeuta não apenas promove efeitos físicos, mas também atua sobre memórias emocionais ligadas à dor (NASIO, 2008; LEVINE, 2009). É comum que pacientes relatem alívio emocional ou liberação de tensões psíquicas durante ou após a sessão, o que reforça o caráter integrativo dessa abordagem. Adiante do efeito direto na dor, a técnica também melhora a consciência corporal e a propriocepção, permitindo que o paciente se reconecte com regiões do corpo antes "desligadas" por mecanismos de proteção inconsciente. (TOZATTO, 2023)

Segundo WOOD (2022), esse retorno da sensação pode ser o ponto de partida para uma nova relação do paciente com o próprio corpo e com sua dor, reconfigurando padrões neurais e comportamentais.

A liberação miofascial consolida-se como uma abordagem terapêutica essencial no contexto da fisioterapia aplicada às manifestações psicossomáticas. Seu diferencial está na capacidade de promover não apenas o alívio da dor física, mas também de favorecer uma reorganização neurofisiológica e emocional por meio do toque consciente e da escuta ativa. Essa atuação integrada possibilita a quebra de ciclos de tensão crônica e amplia os recursos terapêuticos disponíveis para o cuidado humanizado, centrado na singularidade de cada paciente (Freitas & Tozatto, 2023; Morrison et al., 2013).

A mesma transcende a lógica da simples manipulação mecânica. Quando aplicada com escuta sensível e conhecimento clínico, ela se torna um recurso potente no tratamento da dor crônica psicossomática, pois atua em múltiplos níveis — físico, neurológico, emocional e simbólico — promovendo alívio, reconexão e sentido (FREITAS; TOZATTO, 2023; SCHMIT et al., 2016).

Tabela 06 – Níveis de atuação da liberação miofascial

Dimensão de Atuação	**Descrição do Efeito**
Física	Alívio da dor muscular, relaxamento das fáscias e melhora dos movimentos.
Neurológica	Equilíbrio do sistema nervoso autônomo, com redução do estresse e aumento do relaxamento.
Emocional	Sensação de leveza, bem-estar emocional e diminuição da ansiedade.
Simbólica	Reconexão com o próprio corpo e ressignificação de memórias associadas à dor.

Fonte: Adaptado em Freitas & Tozatto (2023) e Schmit et al. (2016).

Além dos benefícios clínicos observados, a técnica convida o paciente a reconectar-se com seu corpo de maneira sensível e simbólica, abrindo espaço para ressignificar sua dor e reconstruir sua relação com o sofrimento. Ao atuar em níveis físico, neurológico, emocional e simbólico, a liberação miofascial reforça o compromisso da fisioterapia com a integralidade do cuidado, promovendo saúde de forma mais ampla, ética e empática (Schmit et al., 2016; Schleip et al., 2012).

2.4.5 Pilates como intervenção especializada nas doenças psicossomáticas

O método Pilates tem ganhado destaque na fisioterapia contemporânea, não apenas por seus benefícios físicos, mas também pelo impacto positivo sobre os aspectos emocionais e sociais dos pacientes (Bezerra et al., 2022; Ritter, 2012). Sua proposta integrativa alia movimento consciente, controle postural e respiração, pilares fundamentais no manejo de condições psicossomáticas.

Na prática clínica, observa-se que o Pilates terapêutico contribui significativamente para a regulação do sistema nervoso autônomo. Ele reduz a hiperatividade simpática associada ao estresse crônico e ativa o sistema parassimpático, promovendo estados de relaxamento, recuperação e alívio da dor (Ferreira et al., 2020; Noimann et al., 2021).

Essa modulação autonômica é especialmente importante em casos de somatização, onde a tensão muscular crônica e a hipervigilância corporal alimentam ciclos persistentes de dor e sofrimento (Linton & Shaw, 2011). O exercício consciente rompe esse ciclo, favorecendo a homeostase corporal e emocional.

Além dos ganhos fisiológicos, o Pilates atua na esfera subjetiva. A melhora da força, da mobilidade e da postura ajuda o paciente a restaurar sua autoestima e confiança corporal, sentimentos frequentemente comprometidos em quadros psicossomáticos (Queiroz, 2022; Aquino et al., 2020).

Em muitos casos, o corpo é percebido como um local de dor e desconforto. O Pilates, ao promover o reencontro com o movimento funcional e prazeroso, permite uma nova relação com o corpo — mais acolhedora positiva e restauradora (Ritter, 2012; Rossetti et al., 2023).

O vínculo terapêutico também desempenha papel fundamental nesse processo. Sessões pautadas em escuta ativa e acolhimento criam um espaço seguro para que o paciente expresse suas dores e emoções reprimidas. Essa relação empática fortalece a adesão ao tratamento e contribui para a ressignificação da dor e do sofrimento. Estudos mostram que o acolhimento impacta positivamente nos desfechos clínicos e na motivação do paciente (Wood, 2022;

Angerami, 2012).

Portanto, o Pilates vai além da reabilitação física. Ele se constitui como uma abordagem integrativa, centrada no sujeito, promovendo equilíbrio entre corpo e mente — o que o torna uma ferramenta altamente relevante no cuidado fisioterapêutico de pessoas com manifestações psicossomáticas (Nascimento & Cruz, 2023; Ferreira et al., 2020).

A atuação nas doenças psicossomáticas não se limita ao alívio físico da dor, mas se estende a diferentes esferas da experiência humana. Seus benefícios envolvem componentes fisiológicos, emocionais e relacionais, tornando-se uma ferramenta terapêutica integral. A seguir, são descritos os principais efeitos positivos do método Pilates observados na prática clínica com pacientes que apresentam somatizações crônicas e desequilíbrios corpo-mente (Bezerra et al., 2022; Ferreira et al., 2020).

Quadro 02 – Benefícios multidimensionais do Pilates terapêutico

Dimensão	Benefícios observados
Física	Aumento da força muscular, melhora da flexibilidade, equilíbrio postural, redução de tensões miofasciais e dores musculoesqueléticas.
Emocional	Diminuição da ansiedade, melhora na regulação emocional, sensação de bem-estar, maior percepção e escuta do próprio corpo.
Social/Relacional	Resgate da autoestima, fortalecimento da autonomia, melhora na relação com o corpo e criação de vínculo terapêutico com o profissional.

Fonte: Adaptado em Bezerra et al. (2022), Ferreira et al. (2020), Nascimento & Cruz (2023), Wood (2022) e Angerami (2012).

Dessa forma, evidencia-se que o Pilates atua como um recurso fisioterapêutico completo, promovendo não apenas reabilitação funcional, mas também reorganização emocional e fortalecimento da autonomia do paciente. Seu impacto multidimensional reforça sua aplicabilidade em contextos psicossomáticos, especialmente quando integrado a uma abordagem humanizada, centrada no vínculo e na escuta ativa (Wood, 2022; Angerami, 2012; Rossetti et al., 2023).

2.4.6 Beneficios físicos, emocionais e sociais das práticas integrativas

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS), como o Pilates terapêutico, a liberação miofascial e a auriculoterapia, têm ganhado crescente destaque na fisioterapia contemporânea por promoverem uma abordagem ampliada do cuidado. Diferentemente dos modelos biomédicos tradicionais, essas intervenções atuam de forma

simultânea em múltiplos sistemas do corpo, gerando efeitos físicos, emocionais e sociais significativos para pacientes com dor crônica e sofrimento psicossomático (NASCIMENTO; CRUZ, 2023; BEZERRA et al., 2022).

Fisicamente, essas técnicas contribuem para a redução da dor, melhora da mobilidade, aumento da flexibilidade e reeducação postural. O Pilates terapêutico, por exemplo, fortalece a musculatura estabilizadora, melhora a coordenação motora e amplia a consciência corporal, favorecendo o realinhamento biomecânico e a diminuição de sobrecargas articulares (WOOD, 2022; CURY; VIEIRA, 2016). A liberação miofascial, por sua vez, reduz aderências e tensões fasciais, promovendo analgesia, maior circulação local e sensação de leveza corporal (SCHLEIP et al., 2012).

No campo emocional, essas práticas estimulam a autorregulação do sistema nervoso autônomo, promovendo maior ativação parassimpática, redução do cortisol e aumento da produção de serotonina e dopamina — neurotransmissores relacionados à sensação de bem-estar (FERREIRA et al., 2020). Essa resposta fisiológica contribui para a diminuição da ansiedade, do estresse e dos sintomas depressivos, sendo especialmente eficaz em quadros de somatização e dores de origem emocional (NOIMANN et al., 2021; NASIO, 2008).

Além dos efeitos individuais, essas práticas também influenciam positivamente a dimensão social do cuidado em saúde. À medida que a dor diminui e a funcionalidade melhora, o paciente tende a retomar suas atividades cotidianas — sejam elas sociais familiares ou profissionais —, o que contribui para o fortalecimento dos vínculos afetivos e para o resgate do sentimento de pertencimento. Pesquisas indicam que a recuperação da autonomia funcional está intimamente relacionada ao aumento da autoestima e à motivação para o autocuidado (Freitas; Tozatto, 2023; Gomes; Silva, 2020).

Outro ponto relevante é que as práticas integrativas promovem um modelo de cuidado centrado no paciente, baseado na escuta ativa, na empatia e no vínculo terapêutico. Isso rompe com a lógica fragmentada da assistência e favorece um ambiente de acolhimento e confiança, onde o paciente se sente validado em seu sofrimento e coautor do seu processo de cura (ANGERAMI, 2012; HOLANDA et al., 2017).

Portanto, os benefícios das práticas integrativas vão além da simples redução da dor ou da melhora clínica imediata. Elas proporcionam um reencontro entre corpo e mente, reforçam a construção da identidade do paciente, favorecem a recuperação da funcionalidade e oferecem recursos concretos para uma vida mais equilibrada e com maior sentido (Bezerra et al., 2022; Nascimento & Cruz, 2023).

2.5 Desafios, Estratégias de Autocuidado e Promoção da Qualidade de Vida na Atuação Fisioterapêutica Frente às Doenças Psicossomáticas

2.5.1 Desafios na Atuação Fisioterapêutica Frente às Doenças Psicossomáticas

A atuação do fisioterapeuta no contexto das doenças psicossomáticas apresenta desafios expressivos, que demandam uma mudança significativa de paradigma, saindo do modelo biomédico tradicional e migrando para uma visão mais ampliada, fundamentada no modelo biopsicossocial. O modelo biomédico, centrado na busca por alterações físicas e estruturais, muitas vezes negligencia os fatores emocionais, comportamentais e sociais que contribuem para o adoecimento (ENGEL, 1977).

Um dos desafios mais evidentes refere-se à formação acadêmica dos profissionais, que, em sua maioria, é focada em abordagens mecanicistas e na reabilitação física, sem aprofundamento nas práticas integrativas, na escuta terapêutica e na compreensão da influência dos processos emocionais sobre o corpo (ANDRADE; SOUZA; FARIAS; 2021). Essa limitação impacta diretamente a eficácia do tratamento, especialmente quando os pacientes apresentam dores de origem multifatorial, associadas ao estresse, ansiedade, traumas emocionais e dificuldades psicossociais.

Outro ponto crítico é a dificuldade de mensurar os resultados terapêuticos nesse contexto. Enquanto nas disfunções biomecânicas os resultados podem ser quantificados por meio de medidas objetivas, como ganho de força muscular, amplitude de movimento e redução de edema, nas doenças psicossomáticas os avanços são muitas vezes subjetivos. Eles estão relacionados à melhora do bem-estar, à redução da ansiedade, à percepção de alívio da dor e ao aumento da qualidade de vida, aspectos que nem sempre são contemplados nas avaliações convencionais (MELCHIOR et al., 2022).

Além disso, há resistência, tanto institucional quanto de alguns profissionais, em aceitar abordagens integrativas como parte do arsenal terapêutico da fisioterapia. Isso gera uma lacuna entre as necessidades dos pacientes e as práticas efetivamente oferecidas, dificultando a implementação de intervenções mais abrangentes, humanizadas e centradas no paciente. (FRANÇA; SILVA; LOPES, 2021; ALMEIDA; ROCHA, 2023; COSTA; ALMEIDA, 2023).

2.5.2 O Autocuidado como Estratégia Terapêutica no Manejo Psicossomático

Diante dos desafios impostos pela prática clínica, o desenvolvimento do autocuidado surge como uma estratégia terapêutica fundamental e altamente eficaz no manejo dos quadros psicossomáticos. O autocuidado refere-se à capacidade do indivíduo em tomar para si a responsabilidade sobre sua saúde, adotando comportamentos, práticas e rotinas que favoreçam seu bem-estar físico, emocional e social (ROCHA; ALMEIDA; LOPES, 2021).

No contexto da fisioterapia aplicada às doenças psicossomáticas, o autocuidado não é apenas um complemento, mas uma extensão do processo terapêutico. A atuação do fisioterapeuta, nesse cenário, transcende a aplicação de técnicas passivas, passando a ser um facilitador de processos de conscientização corporal, autorregulação emocional e fortalecimento da autonomia do paciente.

Práticas simples, porém, potentes, compõem essa estratégia, como exercícios respiratórios diafragmáticos, alongamentos conscientes, automassagem, caminhadas diárias, além de recursos terapêuticos como Pilates terapêutico, meditação e mindfulness. Essas intervenções têm impacto direto na regulação do sistema nervoso autonômico, promovendo equilíbrio entre os sistemas simpático e parassimpático, o que resulta na redução da tensão muscular, do estresse e da dor (CABRAL; OLIVEIRA; FARIAS, 2020).

Além dos benefícios físicos, o autocuidado favorece o desenvolvimento de habilidades emocionais e comportamentais que contribuem para a ressignificação da relação com o próprio corpo. Isso amplia a percepção dos sinais internos e fortalece a capacidade do indivíduo de lidar com situações estressantes, prevenindo, assim, a recorrência dos quadros de dor e desconforto psicossomático.

O Ministério da Saúde (2018), por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, reconhece formalmente a importância do autocuidado como estratégia de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento da autonomia dos indivíduos, destacando seu papel central na construção de uma saúde integral e humanizada.

2.5.3 Promoção da Qualidade de Vida na Prática Fisioterapêutica Integrativa

A promoção da qualidade de vida no contexto das doenças psicossomáticas é um dos principais objetivos da intervenção fisioterapêutica integrativa. Este conceito, segundo o WHOQOL Group (1998), representa a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, considerando seu contexto cultural, social, ambiental e pessoal, em relação às suas expectativas, metas e preocupações. Dessa forma, a qualidade de vida se configura como um indicador amplo e subjetivo, que vai além da ausência de sintomas físicos.

As repercussões das manifestações psicossomáticas não se limitam ao desconforto físico, mas também impacta diretamente a saúde emocional, as relações sociais e até as condições do ambiente onde o indivíduo está inserido. A dor persistente, as tensões musculares, a fadiga, os distúrbios do sono e os sintomas de ansiedade comprometem a capacidade funcional, fragilizando o bem-estar psicológico e afetando a percepção de segurança no meio em que vive. Esse conjunto de sintomas gera um ciclo contínuo de sofrimento, que interfere no desempenho das atividades diárias, na autonomia e na qualidade de vida de quem vivencia essas manifestações (COSTA; ALMEIDA, 2023; ALMEIDA; COSTA, 2023).

Nesse cenário, é imprescindível que a atuação fisioterapêutica adote uma abordagem integrativa, que considere não apenas o alívio dos sintomas físicos, mas também o equilíbrio emocional, social e ambiental do indivíduo. A fisioterapia, ao compreender as origens psicossomáticas, promove intervenções que resgatam a funcionalidade e restauram o bem-estar global. Para isso, é necessário que o profissional avalie os impactos que vão além do corpo físico, desenvolvendo estratégias que fortaleçam tanto a estrutura corporal quanto a saúde mental e o convívio social, favorecendo a retomada de uma vida com mais autonomia e qualidade (COSTA; ALMEIDA, 2023).

Compreender os quatro domínios que estruturam a qualidade de vida, segundo o instrumento WHOQOL-bref, torna-se essencial para uma intervenção fisioterapêutica completa. Esses domínios — físico, psicológico, social e ambiental — oferecem uma visão ampliada sobre os fatores que interferem diretamente no processo de adoecimento e na recuperação. Esse entendimento permite ao fisioterapeuta construir um plano terapêutico individualizado, alinhado não só às limitações físicas, mas também aos desafios emocionais, relacionais e contextuais vivenciados pelo paciente (WHOQOL GROUP, 1998).

O domínio físico contempla aspectos como dor, fadiga, sono, capacidade funcional, mobilidade e energia para as atividades cotidianas. Já o domínio psicológico inclui ansiedade, estresse, autoestima, humor e satisfação pessoal, sendo essencial no enfrentamento das dores emocionais que se refletem no corpo. O domínio social refere-se às relações interpessoais, ao suporte social disponível e à participação em atividades, aspectos fundamentais para evitar o isolamento. Por fim, o domínio ambiental engloba fatores como segurança, condições físicas do ambiente, acesso a serviços de saúde, recursos financeiros, transporte e lazer, todos fundamentais para a manutenção do bem-estar integral (WHOQOL GROUP, 1998).

Tabela 7 – Descrição dos domínios da qualidade de vida segundo o instrumento WHOQOL-bref

Domínio	Descrição
Físico	Dor, fadiga, sono, capacidade funcional, mobilidade e energia para atividades do cotidiano.
Psicológico	Ansiedade, estresse, autoestima, humor, equilíbrio emocional e satisfação pessoal.
Social	Relações interpessoais, apoio social, vínculos afetivos e participação social.
Ambiental	Condições do ambiente físico, segurança, acesso a serviços de saúde, transporte, recursos financeiros e bem-estar ambiental.

Fonte: Adaptado de WHOQOL GROUP (1998).

A compreensão desses domínios permite que o fisioterapeuta atue de maneira mais assertiva, utilizando intervenções que promovam não apenas o alívio dos sintomas físicos, mas também contribuam para o fortalecimento da saúde mental, das relações interpessoais e da percepção de bem-estar no ambiente em que o paciente está inserido (COSTA; ALMEIDA, 2023; ALMEIDA; ROCHA, 2023).

As estratégias terapêuticas utilizadas nesse contexto incluem, de forma combinada e personalizada, técnicas como Pilates terapêutico, liberação miofascial, auriculoterapia, práticas de respiração consciente, mindfulness, alongamentos terapêuticos e orientações sobre autocuidado. Essas intervenções não apenas atuam na modulação da dor e da tensão muscular, mas também estimulam a autorregulação emocional, a melhora da disposição física e a reconexão com o próprio corpo (SANTOS; ROCHA; MEDEIROS, 2022; GOMES; FERREIRA; SOUZA, 2022; ALMEIDA; ROCHA, 2023).

Ao desenvolver no paciente competência de autocuidado e consciência corporal, o fisioterapeuta contribui para um processo terapêutico que se estende para além do consultório, impactando diretamente na qualidade de vida de forma sustentável. Isso não apenas promove melhorias na saúde física e mental, mas também favorece um ambiente social mais saudável, melhora a relação com o espaço físico e amplia a percepção de segurança, conforto e autonomia (ALMEIDA; COSTA, 2023; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Portanto, no contexto da fisioterapia integrativa aplicada às doenças psicossomáticas, a promoção da qualidade de vida deve ser compreendida como um processo contínuo, que visa

à restauração do equilíbrio entre corpo, mente e ambiente, fortalecendo não apenas a funcionalidade física, mas também o bem-estar psicológico, social e ambiental do paciente (COSTA; ALMEIDA, 2023; ALMEIDA; ROCHA; 2023).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em conclusão, retomamos a questão central que guiou esta investigação: de que forma a fisioterapia, em suas diversas abordagens, pode contribuir para um cuidado integrativo capaz de oferecer benefícios concretos a pacientes com manifestações psicossomáticas?

Diante do exposto ao longo deste trabalho, reafirma-se a relevância da atuação fisioterapêutica no cuidado às doenças psicossomáticas. A fisioterapia, quando compreendida além de seu caráter biomecânico, revela-se como um instrumento potente de transformação, capaz de integrar corpo, mente e emoção em um processo terapêutico verdadeiramente humanizado.

As evidências reunidas nesta revisão bibliográfica demonstram que técnicas como o Pilates terapêutico, a liberação miofascial e a auriculoterapia promovem não apenas o alívio da dor e a melhora funcional, mas também um impacto profundo na autorregulação emocional e no resgate da autoestima do paciente. Tais benefícios tornam-se ainda mais expressivos quando o fisioterapeuta atua com escuta ativa, empatia e compromisso com a singularidade de cada indivíduo.

Assim, conclui-se que a fisioterapia integrativa se apresenta como uma estratégia eficaz, segura e necessária no enfrentamento das manifestações psicossomáticas, contribuindo para uma abordagem mais ampla, ética e centrada no cuidado integral do ser humano.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marina Tzortzato; GABRIEL, Larissa Bolzani; AMORIM, Patrícia Brandão**. O papel do fisioterapeuta no tratamento de pacientes com transtornos mentais.** *Revista Científica Multidisciplinar*, v. 2, n. 8, p. 1–14, 2021. Disponível em: https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/604/533. Acesso em: 10 mar. 2025.

ALVES, Ana Paula Amaral de et al. **O lugar do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar.** ***Revista de Trabalhos Acadêmicos*** **–** *Campus Niterói*, n. 7, p. 1–6, 2013. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180511084234id_/http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=viewFile&path[]=747&path[]=643. Acesso em: 15 jan. 2025.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. ***Psicossomática e suas interfaces: o processo silencioso do adoecimento***. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

APKARIAN, A. V. et al. **Chronic pain and brain abnormalities in pain perception.** ***Journal of Pain***, v. 5, n. 3, p. 123–128, 2004.

BEZERRA, Socorro de Souza et al. **A abordagem do Pilates na fibromialgia: um mapeamento da literatura científica.** ***Conjecturas***, v. 22, n. 14, p. 727–741, 2022. Disponível em: http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1823/1337. Acesso em: 05 abr. 2025.

BORGES, M. L. et al**. Psicossomática: contribuições para a clínica interdisciplinar.** ***Revista Diálogos Possíveis***, v. 19, n. 2, p. 16–27, 2020.

COSTA, Camilla Oleiro da et al**. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos.** ***Jornal Brasileiro de Psiquiatria***, v. 68, n. 2, p. 92–100, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 21 fev. 2025.

ENGEL, George L. **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.** *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129–136, 1977.

FERREIRA, Kátia et al**. Intervenções fisioterapêuticas e alterações neurofisiológicas em pacientes com dor crônica**. *Revista Fisioterapia Brasil*, v. 20, n. 3, p. 220–228, 2019.

FREITAS, Josiane Leonardo; TOZATTO, Alessandra. **O sujeito além da doença: a abordagem centrada na pessoa diante das doenças psicossomáticas.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 9, p. 1265–1274, 2023. Disponível em: https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/11235/4955. Acesso em: 18 mar. 2025.

FREUD, S. ***O mal-estar na civilização***. Rio de Janeiro: Imago, 2010.

GIL, Antonio Carlos. ***Métodos e técnicas de pesquisa social***. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Marina; SILVA, Lara. **A atuação do fisioterapeuta em contextos psicossomáticos: desafios e perspectivas.** *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, v. 5, n. 2,

p. 54–61, 2020. Disponível em: https://www.revistasaudefuncional.com.br/edicoes/2020/pdf/vol5n2.pdf. Acesso em: 27 jan. 2025.

IASP – INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. IASP Terminology. 2020. Disponível em: https://www.iasp-pain.org/terminology. Acesso em: 06 mar. 2025.

LACAN, J. *O seminário: livro 11 –* ***Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise***. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LEVINE, Peter A. ***O despertar do tigre: curando o trauma***. São Paulo: Summus, 2009.

LINTON, Steven J.; BERGBOM, Staffan**. Understanding the link between stress and pain in chronic conditions: A narrative review.** ***Scandinavian Journal of Pain***, v. 2, p. 15–23, 2011.

LINTON, Steven J.; SHAW, William S. **Impact of psychological factors in the experience of pain.** ***Physical Therapy,*** v. 91, n. 5, p. 700–711, 2011.

LOBATO, Oly. **O problema da dor. In: MELLO FILHO, Júlio; BURD, Miriam (org.).** ***Psicossomática hoje*****.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 229–248.

McEWEN, Bruce S. **Effects of adverse experiences for brain structure and function.** ***Biological Psychiatry,*** v. 48, n. 8, p. 721–731, 2000.

MELLO FILHO, Júlio de. ***Psicossomática hoje***. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D. **Pain mechanisms: a new theory.** ***Science,*** v. 150, n. 3699, p. 971–979, 1965.

MORAES, H. et al. **Stress, ansiedade e dor: interações neurobiológicas e implicações para o tratamento fisioterapêutico.** *Revista Neurociências*, v. 28, n. 4, p. 77–85, 2020.

MORRISON, Nicole G. et al. **Manual therapy for myofascial pain and dysfunction: effects on pain and muscle activity.** ***Journal of Bodywork and Movement Therapies,*** v. 17, n. 3, p. 263–270, 2013.

MOSLEY, Lorimer; BUTLER, David. ***Explain Pain*****. 2. ed**. Adelaide: NOI Group, 2017.

MYERS, Thomas W. *Anatomy Trains:* ***Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists*****.** 3. ed. Edinburgh: Elsevier, 2014.

NASIO, Juan-David. ***A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal***. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

NASCIMENTO, Andreza Silva do; CRUZ, Marcela Santana. **Atuação da fisioterapia nas dores psicossomáticas com ênfase nas terapias integrativas.** 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário AGES. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/33096/1/ATUA%c3%87%c3%8

3O%20DA%20FISIOTERAPIA%20NAS%20DORES%20PSICOSSOM%c3%81TICAS.pdf. Acesso em: 02 jun. 2025.

PEREIRA, Ana C. et al. **A escuta terapêutica na fisioterapia: impacto sobre adesão ao tratamento.** *Revista Saúde em Debate*, v. 44, n. esp. 4, p. 111–120, 2020. Disponível em: https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1673/1461. Acesso em: 14 fev. 2025.

ROSSETTI, Estefani Serafim et al**. Educação em neurociência da dor e Pilates para idosos com dor lombar crônica: ensaio clínico controlado randomizado**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, eAPE005732, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO005732. Acesso em: 26 maio 2025.

SCHLEIP, Robert et al. **Fascia is able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal mechanics**. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, v. 10, n. 1, p. 35–38, 2012.

SCHMIT, Emanuelle Francine Detogni et al. **Efeitos do Método Pilates na postura corporal estática de mulheres: uma revisão sistemática.** ***Fisioterapia em Pesquisa,*** v. 23, n. 3, p. 329–335, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fp/a/YYR44GmzP8H6rnDvwbDsc7B/. Acesso em: 17 mar. 2025.

SILVA, Thaísa Angélica Déo da; RUMIM, Cassiano Ricardo. **A fibromialgia e a manifestação de sofrimento psíquico**. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, v. 12, n. 3–4, p. 767–792, 2012.

STOPA, Sheila Rizzato et al. **Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde.** ***Revista Brasileira de Epidemiologia***, v. 18, supl. 2, p. 170–180, 2015. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rbepid/2015.v18suppl2/170-180/pt. Acesso em: 04 fev. 2025.

SULLIVAN, Michael J. L. et al. **The pain catastrophizing scale: development and validation.** ***Psychological Assessment,*** v. 7, n. 4, p. 524–532, 2001.

TRACEY, Irene; MANTYH, Patrick W. **The cerebral signature for pain perception and its modulation.** ***Neuron,*** v. 55, n. 3, p. 377–391, 2007.

VASCONCELOS, Fernando Holanda; ARAÚJO, Gessi Carvalho. **Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo.** *Brazilian Journal of Pain*, v. 1, n. 2, p. 176–179, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/brjp/a/wVVtLWT9847X8MNbGtstM8h/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 11 abr. 2025.

WOOLF, Clifford J. **Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain**. *Pain*, v. 152, n. 3, p. S2–S15, 2011.

WOOD, Samantha. ***Pilates na reabilitação: guia para recuperação de lesões e otimização das funções*****.** Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2022.

ZIMERMAN, David. ***Manual de psicoterapia de orientação analítica*****.** Porto Alegre: Artmed, 2008.