

# INSTRUMENTOS DE RASTREIO DE SOMATIZAÇÃO EM GERAL E PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES Nos Cuidados Primários

Cristina FABIÃO, António BARBOSA, Manuela FLEMING, Maria Carolina SILVA

## RESUMO

Neste artigo é feita uma revisão crítica dos instrumentos de rastreio (*screening tools*) de sintomas medicamente inexplicados e perturbações somatoformes apropriados para os cuidados de saúde primários.

Depois de justificada a pertinência deste tipo de rastreio, são analisadas: 1) as sub-escalas de somatização que constam de instrumentos multi-dimensionais; 2) os instrumentos que avaliam os sintomas referidos fundamentalmente em relação ao grau de gravidade; 3) instrumentos que são sobretudo inventários de sintomas. Para cada um dos instrumentos são referidas as características psicométricas, a(s) amostra(s) em que foi validado, a medida padrão utilizada nessa validação e os pontos de corte, caso tenham sido calculados. Existem actualmente traduzidos para português seis inventários de sintomas físicos, quatro deles não discriminam sintomas medicamente explicados e inexplicados, um inventário de sintomas não validado em português e a SOMS-2 que discrimina os dois tipos de sintomas e está validada num contexto de cuidados primários de saúde.

## SUMMARY

### SCREENING TOOLS OF SOMATIZATION IN GENERAL AND SOMATOFORM DISORDERS

#### In Primary Care

In this article a critical review concerning screening tools to assess medically unexplained symptoms, in primary care settings is made.

Once the relevance of that screening is justified, the authors analyse: 1) the somatization dimensions presented by multi-dimensional tools; 2) the measures that primarily assess the severity of symptoms; 3) the available inventories of medically unexplained symptoms. The psychometric characteristics of each screening tool are analysed, the samples and the gold standard measures used in each validation study are referred to, as well as the cut-offs, if previously calculated.

At present six screening tools for physical symptoms have a Portuguese translation, four of them do not discriminate explained and unexplained symptoms, another one was not validated in the Portuguese context and finally the SOMS-2 which discriminates unexplained symptoms and has been validated for use in primary care.

C.F.: Curso de Psicologia. Universidade Católica: Centro Regional de Braga. Braga

A.B.: Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

M.F.: Departamento de Ciências do Comportamento. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

M.C.S.: Departamento das Populações. Instituto Ciências Biomédicas. Porto

© 2011 CELOM

## INTRODUÇÃO

A pertinência do rastreio de uma entidade clínica depende da sua prevalência e utilidade do diagnóstico, nomeadamente da existência de tratamento eficaz e de fácil acesso. O diagnóstico e o tratamento podem ser ponderados em duas vertentes fundamentais: benefício para o indivíduo (diminuição do sofrimento e prevenção de consequências danosas em termos físicos e mentais) e benefício para a sociedade em que se insere (diminuição dos gastos com saúde e do nível de incapacidade decorrentes da entidade clínica).

A comorbidade elevada da somatização e perturbações somatoformes (PSF) com outros quadros clínicos, nos cuidados primários, poderia ser um argumento poderoso para retirar pertinência ao seu rastreio se se tornasse evidente que a somatização e as PSF não são discrimináveis das perturbações frequentemente comórbidas (de ansiedade e depressivas). Contudo, vários estudos encontraram uma contribuição específica<sup>1-7</sup> e, por vezes, cumulativa<sup>1</sup> da somatização e das PSF para os níveis de incapacidade e consumo de recursos. Outros estudos relatam a permanência de sintomas somatoformes residuais nos casos em que existia comorbidade, após o tratamento farmacológico da perturbação depressiva ou ansiosa concomitante<sup>8</sup> contribuindo para fundamentar a validade externa da PSF. E, enquanto alguns defendem a falta de estabilidade dos sintomas somatoformes<sup>9</sup>, os mesmos autores, na linha de outros estudos<sup>10</sup>, reportam, noutro artigo, níveis aceitáveis de estabilidade ao nível do número de sintomas, embora não de cada sintoma *per se*, para a somatização<sup>4</sup>.

Quanto à existência de tratamento acessível e específico, ao nível dos cuidados primários, existem estudos que reportam resultados terapêuticos e melhoria de alguns indicadores do quadro das PSF<sup>11-14</sup>.

A pertinência, adequação e utilidade de um instrumento dependem, também, do propósito da sua utilização<sup>15</sup>.

Existem, por exemplo, instrumentos para avaliar o domínio que nos ocupa, com o propósito de examinar minuciosamente a melhoria do quadro sintomático, depois de uma intervenção terapêutica. O QUISS<sup>16</sup> e a SOMS-7<sup>17</sup> foram construídos para esta finalidade, isto é, para serem utilizados fundamentalmente em ensaios terapêuticos, segundo os seus autores. Referir-se-ão apenas os instrumentos de medida considerados apropriados para o rastreio de somatização em geral ou Perturbações Somatoformes.

Outro aspecto que interfere na pertinência de um instrumento é o contexto da sua aplicação. Um instrumento pode ser adequado e válido para rastreio, num contexto clínico hospitalar e não o ser quando utilizado em estudos

populacionais ou nos Cuidados Primários (CP) onde raramente se encontram as formas muito graves do espectro destes quadros como é o caso da Perturbação de Somatização, segundo os sistemas nosológicos actualmente em vigor. Nesta secção, referir-se-ão apenas instrumentos criados para rastreio da somatização e das perturbações somatoformes, nos cuidados primários, ou que se adequem a este contexto.

Um instrumento deve por fim e fundamentalmente, ter as características que lhe permitam medir o constructo que se propõe medir. Por isso, os estudos de validação procuram comparar o desempenho do instrumento a validar com uma medida, considerada padrão, relativamente ao constructo que está a ser medido. Sempre que possível, serão referidas as medidas padrão utilizadas para a validação dos instrumentos seleccionados na pesquisa efectuada.

## NOTAS ADICIONAIS SOBRE O CONSTRUCTO A MEDIR E HIPÓTESES SUBJACENTES À ESCOLHA DO INSTRUMENTO

Como já foi mencionado, noutra secção, os estudos de investigação vêm referindo três formas de apresentação de queixas somatoformes nos cuidados primários<sup>18-21</sup>. Para a diferenciação da somatização de apresentação e da hipocondria, por um lado, da somatização funcional, por outro, torna-se necessário que simultaneamente, nas amostras estudadas, se identifiquem os casos de Perturbação de Ansiedade e Depressivas bem como os de Perturbações Hipocondríaca, por meio de entrevistas adequadas. Para a identificação de todo o tipo de casos (Somatização no sentido geral) e dos casos remanescentes, com Somatização Funcional, torna-se necessário obter uma contagem ou pontuação de sintomas somatoformes de entre aquele grupo de sintomas considerados específicos, frequentes e graves, neste domínio. Quer se considere a PSF próxima do conceito de conversão, ou do conceito clássico de somatização; quer se tomem as queixas na perspectiva dimensional ou para definição de um diagnóstico (perspectiva categorial), a contagem dos sintomas continua a ser incontornável e como que o mínimo denominador comum destes quadros.

O âmbito que estamos a considerar é o das Perturbações Somatoformes fundamentalmente subsidiárias do conceito de somatização, em que a ansiedade primária, inespecífica e dita somática é um dos componentes fundamentais do quadro: Perturbações somatoformes indiferenciada e não especificada noutro local, da dor e de somatização, deixando de lado as perturbações conversiva (que alguns autores consideram uma perturbação dissociativa<sup>22</sup> e dismórfica corporal, que alguns autores advogam venha a ser integrada nas perturbações de ansiedade<sup>23</sup>).

Eis, pois, mais bem definido o âmbito em que foi efectuada a selecção de instrumentos de rastreio de somatização.

Existem estudos que põem em causa a necessidade de distinguir entre sintomas explicados ou inexplicados medicamente, concluindo que bastará que os instrumentos de medida questionem os participantes acerca de sintomas físicos, sem a necessidade de distinguir se são ou não inexplicados medicamente<sup>7,24-26</sup>. Contudo, nalguns desses estudos o diagnóstico clínico com o qual se comparam os valores obtidos no auto-preenchimento, não é efectuado por clínicos (médicos ou psicólogos clínicos) mas por *técnicos de saúde mental experimentados*<sup>24</sup>.

Dado que uma das suspeitas que impende sobre o diagnóstico de somatização e PSF é, mais explicitamente desde as controvérsias desencadeadas por Slater<sup>27</sup>, a de saber se as queixas somáticas têm ou não uma explicação médica/orgânica, procurou seleccionar-se um instrumento que perguntasse por sintomas inexplicados, analisando as características que dificultam que este discernimento seja feito já ao nível do rastreio (e não fundamentalmente ao nível do diagnóstico clínico). Esta opção foi ainda justificada pelo facto de a amostra e âmbito de estudo serem os CP. Se é verdade que, hoje em dia, os procedimentos diagnósticos (consultas médicas, exames auxiliares de diagnóstico) se estendem a toda a população e a todos os níveis do sistema de saúde, incluindo os CP, pareceu importante definir criteriosamente a distinção entre sintoma medicamente explicado e não explicado. O critério seguido para esta definição e para as indicações a fornecer aquando do preenchimento do instrumento seleccionado foi o de Kellner, 1990: *one or more physical complaints a respeito das quais uma appropriate evaluation não encontre organic pathology or pathophysiological mechanism (...) to account for the physical complaints* ou, quando existe uma patologia orgânica *the physical complaints or resulting social or occupational impairment are grossly in excess of what would be expected from the physical findings*<sup>28</sup>. O rastreio de PSF, segundo o critério que foi seguido, requer um julgamento clínico e convoca uma opinião clínica a respeito do sintoma, mesmo sabendo-se que alguns sintomas tornam difícil o discernimento entre orgânico e funcional<sup>29</sup>.

### **INSTRUMENTOS QUE AVALIAM AS QUEIXAS SOMÁTICAS EXPLICADAS E INEXPLICADAS MEDICAMENTE**

Foram analisados apenas os instrumentos de rastreio que não comportam nenhuma secção com entrevista ou questões colocadas pelos Clínicos Gerais aos utentes dos CP. Os itens de algumas destas entrevistas foram aproveitados e validados como questionários de auto-

-preenchimento e, nesse caso, foram considerados.

Este tipo de instrumentos dividem-se, em três tipos:

- 1) os instrumentos multi-dimensionais que integram, a par de itens que avaliam outras dimensões psicopatológicas, listas de sintomas somáticos, em geral curtas, para avaliação da dimensão somatização;
- 2) instrumentos que avaliam sobretudo a intensidade dos sintomas e são portanto adequados para uma monitorização da gravidade dos mesmos (não foram incluídos exaustivamente, como foi dito, os que foram desenhados para avaliação de ensaios terapêuticos);
- 3) os que são fundamentalmente inventários de sintomas, para os quais são propostos pontos de corte a fim de poderem obter-se resultados da somatização não só em termos dimensionais mas também em termos de categoria diagnóstica.

### **Os Instrumentos Multi-Dimensionais**

Os instrumentos multi-dimensionais têm, como exemplo mais conhecido, e possivelmente mais utilizado até hoje a SCL-90<sup>30</sup>, desde 1994, disponível em versão revista, a SCL-90-R<sup>31</sup>. A SCL-90 avalia nove dimensões partindo de sintomas primários: de somatização, obsessivo-compulsivos, de ideação paranóide, de ansiedade, de depressão, de hostilidade, de sensibilidade interpessoal de ansiedade fóbica e de psicoticismo. Ambas avaliam 12 itens de queixas somáticas, presentes na última semana, e possibilitam a gradação de intensidade da queixa na resposta (escala tipo Likert em cinco pontos). Para além deste índice de intensidade dos sintomas (Positive Symptom Distress), a SCL-90-R gera pontuações da escala global (uma pontuação mais alta aponta para um índice mais acentuado de psicopatologia) e pontuações das sub-escalas que podem dar uma indicação acerca da organização psicológica do paciente. O índice PST (Positive Symptom Total) dá uma contagem dos sintomas positivos, no auto-preenchimento.

A SCL-90 gera ainda um terceiro índice de ansiedade e mal-estar, o Global Severity Index, que é uma medida global de ansiedade actual<sup>32</sup>. A validade deste instrumento foi documentada em vários estudos, e alguns autores entendem que a SCL-90-R tem mais interesse como uma medida geral de mal-estar psicológico e como um índice de psicopatologia<sup>31</sup>, com isto diminuindo o interesse do seu uso nos CP<sup>31</sup>. A validade empírica da lista de sintomas de somatização constantes da sub-escala da SCL-90-R foi testada para uma população portuguesa dos CP, com bons resultados psicométricos, embora não tenha sido utilizada entrevista clínica como padrão<sup>33</sup>.

A SCL-90 pode ser usada como um instrumento de rastreio e como um instrumento de avaliação em ensaios terapêuticos. A consistência interna reportada nos numerosíssimos (mais de 700) estudos de validação varia entre 0.77 e 0.90. E o teste-reteste (uma semana) entre 0.80 e 0.90<sup>32</sup>.

A BSI (Brief Symptom Inventory)<sup>34</sup> é uma versão reduzida da escala anterior com apenas 53 itens, que avalia as mesmas nove dimensões e apresentou boas correlações com os valores obtidos, nas mesmas dimensões, pelo instrumento de 90 itens, numa amostra de 565 doentes psiquiátricos do ambulatório. Em relação à somatização, mantém sete dos 12 itens da SCL-90-R e foi obtida uma correlação de 0.96 entre os valores desta dimensão, nos dois instrumentos. A BSI foi testada em doentes psiquiátricos e numa amostra de sujeitos sem queixas, mas não nos cuidados primários<sup>34</sup>. Tal como a SCL-90-R, a BSI não questiona os inquiridos acerca dos sintomas medicamente inexplicados mas acerca de sintomas físicos (medicamente explicados incluídos). A consistência interna reportada nos numerosos estudos de validação (mais de 250) varia entre 0.71 e 0.85. E o teste-reteste (duas semanas) entre 0.68 e 0.91<sup>32</sup>. Tal como a sua antecessora, o BSI pode ser utilizado como uma medida geral de psicopatologia<sup>31</sup>.

O HPSI (Holden Psychiatric Screening Inventory, Holden, 1991) compreende três sub-escalas de 12 itens cada. A sub-escala destinada à avaliação da psicopatologia compreende itens de queixas somáticas. Contudo, tal como acontece em relação aos instrumentos multidimensionais referidos anteriormente, não se encontram estudos que consistentemente tenham avaliado a sensibilidade e especificidade da sub-escala que avalia a somatização em relação a um ponto de corte ou definição de uma pontuação considerada como critério de somatização. Estes instrumentos têm sido utilizados para estudar a somatização enquanto dimensão da personalidade<sup>31</sup>.

O PDSQ (Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire, Zimmerman, 2001) é um instrumento multi-dimensional que foi testado em 630 doentes psiquiátricos do ambulatório e que questiona os inquiridos acerca de sintomas ocorridos nos últimos seis meses. Os itens envolvendo queixas somáticas, foram, como todos os outros, validados contra os diagnósticos gerados por entrevista (SCID, secção das Perturbações Somatoformes). De acordo com o estudo referido, o ponto de corte de dois sintomas, na sub-escala de somatização, com cinco itens (tomando como medida padrão os diagnósticos de Perturbações Somatoformes obtidos com a SCID), apresentava uma sensibilidade de 53% e uma especificidade de 86%<sup>31</sup>.

Outros instrumentos multi-dimensionais, que integram

itens de queixas somáticas, têm sido testados fundamentalmente como instrumentos de rastreio de morbilidade psiquiátrica geral, como acontece com a SPHERE (Somatic and Psychological Health Report, McFarlane, 2008)<sup>35</sup>. De entre os 34 itens que a constituem, tem seis itens SOMA e seis itens PSYCH, que, usados em conjunto, atingem valores satisfatórios de sensibilidade e especificidade (78.6% e 89.5%, respectivamente) quando utilizados para rastreio de morbilidade psiquiátrica.

Outros instrumentos que integram queixas somáticas são igualmente utilizados para rastreio de morbilidade psiquiátrica, uma vez que os sintomas medicamente não explicados são um índice de morbilidade psiquiátrica<sup>36</sup>.

### **Instrumentos que Avaliam a Gravidade dos Sintomas**

Este tipo de instrumentos possui uma escala tipo Likert em relação a cada sintoma que, assim, passa a poder ser cotado de acordo com um crescendo de gravidade.

O PHQ-15 é constituído por um grupo de perguntas relativas a sintomas somatoformes, para avaliação da gravidade dos sintomas, que integra o PHQ. Inicialmente a validade do PHQ-15 foi testada em relação ao SF-20 (Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey)<sup>24</sup>. Só recentemente<sup>37</sup> foram obtidos dados de validação do PHQ-15 usando como padrão uma entrevista estruturada, no que à somatização diz respeito, permitindo que este questionário não seja sobretudo utilizado como medida de gravidade dos sintomas.

Os dados referentes a outros instrumentos usados como medidas de gravidade e intensidade das queixas somáticas constam do Quadro 1.

### **Inventários de Sintomas**

Os inventários de sintomas somatoformes ou físicos têm a sua relevância sustentada por vários tipos de razões. Desde muito cedo, foram delimitados sintomas medicamente não explicados que faziam parte do quadro clínico da histeria e alguns permanecem nas sucessivas propostas de listagens de sintomas típicos de somatização até à actualidade. Os inventários têm a utilidade de inquirir sobre esses sintomas, independentemente do aparelho ou sistema (da Especialidade Médica ou viés de formação do clínico que observa e trata) e portanto reunir a constelação sintomática presente naquele paciente, sem escotomizar nenhum sector. Por outro lado, a contagem dos sintomas tem visto a sua relevância acrescida pelos estudos que concluem não ser o tipo de sintomas o dado que mais prediz a ocorrência de um diagnóstico de Perturbação Somatoforme, mas sim o número de sintomas encontrado,

Autor(es) Ano	Instrumento	Origem da amostra	N	N.º de itens/ Ponto de Corte	Duração dos Sintomas Focada	OBS/Validação (standard)
American Psychiatric Association. DSM-III. 1980 <sup>37</sup>	Listagem de Sintomas Físicos (PSC)			55 (4 de género)	Última semana	Categorias da DSM-III.
Kroenke <i>et al.</i> <sup>24</sup> 2002	PHQ-15	3000 – Obst./Ginec. 3000 – Med. e CP	6000 (1578 de CP)	15 (0-4 mínimo 5-9 baixo 10-14 médio 15-30 alto)	4 semanas	Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados.
Ribeiro <i>et al.</i> <sup>38</sup> 2003	Quest. de Manifestações Físicas de Mal-Estar (QMFME).	Não refere	609	19	Variável	Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados. Ad.de SUNNYA, Attanasio <i>et al.</i> , 1984.
Rief & Hiller. <sup>17</sup> 2003	SOMS-7	Candidatos a tratamento	325	53	Última semana	IDCL (DSM-IV e ICD-10). Fornece 1 pontuação (n.º de sintomas) e 1 índice de gravidade.

em cada caso<sup>7</sup>. As contagens de sintomas estão relacionadas com a gravidade do quadro clínico dado que o número de sintomas se correlaciona com o grau de incapacidade funcional produzida pela somatização<sup>3,40</sup> bem como com o índice de utilização dos cuidados de saúde<sup>37,41</sup>. As listas de sintomas são ainda necessárias para possibilitar a análise da sua distribuição por grupos ou por clusters e também para permitir a verificação de um diagnóstico nos sistemas classificativos que impõem o requisito de que os sintomas, para além de perfazerem uma certa contagem, estejam adstritos a determinado conjunto de sistemas ou grupos, como é o caso da DSM-IV e da ICD-10.

O Quadro 2 contém os inventários de sintomas, apropriados para o rastreio de Perturbação de Somatoforme ou de somatização, nos CP, bem como alguns dados sobre o estudo em que cada instrumento foi validado e as características apresentadas pelo mesmo, nesse estudo. Alguns deles foram construídos com base nas listagens de sintomas da DSM-III e DSM-III-R, outros não perguntam por sintomas medicamente não explicados ou somatoformes, sendo o inquirido levado a responder tendo em conta todo e qualquer sintoma físico, mesmo que medicamente explicado, como, por exemplo, é o caso do PHQ-15. Como foi referido, recentemente foram divulgados estudos de

validação do PHQ-15, como medida de rastreio de somatização, contra os dados obtidos em entrevista, a SCID-I<sup>37</sup>, por isso se inclui, agora, este instrumento, já anteriormente traduzido para português<sup>33</sup>, no quadro de Inventários de Sintomas. Um estudo anterior que validou o instrumento contra a CIDI<sup>42</sup> obteve bons resultados apenas com a parte não hispânica da amostra. No grupo dos hispânicos, a PHQ-15 estava mais relacionada com mal-estar geral inespecífico e não tanto com sintomas não explicados medicamente<sup>42</sup>. Por outro lado, as boas correlações reportadas por Spitzer *et al.* (1999) entre os diagnósticos obtidos com a PRIME-MD e a sua versão em formato de questionário de auto-preenchimento, o PHQ, dizem apenas respeito a alguns dos diagnósticos daquela entrevista e as Perturbações Somatoformes não foram analisadas, neste estudo<sup>49</sup>.

Para além dos inventários que constam do quadro 2, existem ainda o Pennebaker Inventory of Limbic Languidness (PILL), 1982, um inventário de 54 sintomas que questiona o inquirido por sintomas físicos medicamente explicados e inexplícados e que está traduzido e adaptado para português<sup>33</sup> e a SOMS-2. A SOMS-2 solicita a discriminação entre sintomas medicamente explicados e não explicados e compreende as listagens de sintomas das classificações diagnósticas actuais (DSM-IV e ICD-10).



Quadro 2 – Inventários de Sintomas

Autor(es)/Ano	Instrumento	Origem da amostra	N	N.º de sintomas/Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Duração dos Sintomas considerada	OBS e Validação Clínica
Othman & DeSouza <sup>42</sup> 1985	Teste de Othmer & DeSouza	Doentes Psiqu. (ambulatório)	794	7/2	93%	59%	Actuais e toda a vida	Sintomas extraídos da lista de DSM-III.
Swartz <i>et al.</i> <sup>43</sup> 1986	Lista para rastreio de P. de Somatização	População		11/5	97,6%	99%	Actuais e toda a vida	Estudo ECA*- DIS (1 médico revia a resposta se havia dúvida sobre a natureza do sint.).
Smith <i>et al.</i> <sup>44</sup> 1990	Lista para rastreio de P. de Somatização (DSM-III-R)	CP**	196	7/2	95%	34%	Actuais e toda a vida	Entrevista psiquiátrica e consulta dos processos clínicos. Sintomas extraídos da lista de DSM-III-R.
OMS Isaac <i>et al.</i> <sup>45</sup> 1994	Lista de sintomas para rastreio de PSF			12/3 ou 2 (+ de 3 meses)			Actuais e toda a vida	Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados (MUS).
Janca <i>et al.</i> <sup>45</sup> 1995	Lista de Sintomas de PSF Versão 1.0 (SDSC). Derivado da SFD Sched (SDS)	A fiabilidade teste-reteste da SDS foi explorada em psiqu. geral e CPS <sup>15</sup>	5 centros	60			Actuais	Solicita discriminação dos MUS.
Rief <i>et al.</i> 1997 (citado por Rief e Hiller, 2001) <sup>46</sup>	SOMS-2	350 doentes de 1 hosp. Psicossomático; 110 saudáveis	350+110	53	86% - 100%	85%	Últimos 2 anos	SCID (DSM-IV)
Kroenke <i>et al.</i> <sup>26</sup> 1998	PHQ-15	CP	1000+258	15/7	85%	77%	Últimos 2 anos	MSD Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados.
Rief e Hiller <sup>47</sup> 1999	SOMS-2 (32 itens)	Clínica de Medicina Comportamental	324	32/7	Não referida	Não referida	Últimos 2 anos	Escala de incapacidade (4 itens).
Ravesteijn <i>et al.</i> <sup>36</sup> 2009	PHQ-15	1º estágio: amostra seleccionada nos CP	904**	15/3	78%	71%	1 ano 3 meses (restantes)	SCID-I (Eixo I). Não solicita discriminação dos sintomas medicamente não explicados.

\* ECA – Epidemiologic Catchment Area. Estudo do National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Área (NIMH-ECA) Program.

\*\* Doentes seleccionados a partir dos Cuidados Primários, pelos Clínicos Gerais, com sintomas não explicados ou problemas mentais, ou frequentadores assíduos dos serviços.

Possui ainda, no final, um conjunto de 15 questões que permitem o diagnóstico diferencial entre as perturbações somatoformes e a avaliação do comportamento anormal de doente<sup>50</sup> e do consumo de recursos, tendo sido validada em relação a entrevista clínica estruturada (validade de critério)<sup>47</sup>. Este instrumento foi traduzido e adaptado<sup>51-52</sup> para português e tem sido utilizado em vários estudos, noutros países, quer na versão integral<sup>53-60</sup>, quer em versão reduzida<sup>61</sup> e, segundo os seus autores, está traduzida para 15 línguas, embora não tenham ainda sido publicados estudos de validação.

## CONCLUSÕES

Existem actualmente seis inventários de medida dos sintomas físicos traduzidos para português: 1) quatro instrumentos que não solicitam discriminação entre sintomas medicamente explicados ou inexplicados (a sub-escala de somatização da SCL-90-R, o PILL<sup>33</sup>, o PHQ-15<sup>33</sup> e o Questionário de Manifestações Físicas de Mal-estar<sup>39</sup>), este último validado contra outros questionários que pesquisam conceitos associados à somatização<sup>39</sup>, sendo que a consistência interna das várias dimensões (sistemas respiratório, digestivo, nervoso, muscular) não foi satisfatória<sup>62</sup>; quanto ao PILL apresentou boas correlações item-escala total<sup>33</sup> e foi validado no contexto dos CP; a sub-escala de somatização da SCL-90-R apresentou igualmente boas características psico-métricas neste contexto<sup>33</sup>; nenhum destes questionários foi validado recorrendo aos resultados obtidos por entrevista clínica, na população portuguesa; 2) um inventário de sintomas, a listagem para PSF da ICD-10<sup>63</sup>, que, tanto quanto sabemos, não foi validada para nenhum contexto português específico; 3) a SOMS-2, que compreende os sintomas da lista da DSM-IV e da ICD-10, bem como da Perturbação Autônoma Somatoforme da ICD-10, que solicita aos inquiridos a discriminação entre sintomas medicamente explicados e inexplicados, traduzido para português, no contexto dos CP<sup>51,52</sup>. O questionário de dissociação somatoforme (SDQ-20) traduzido e validado, em amostra de doentes psiquiátricos, contra entrevista clínica<sup>22</sup>, não figura na selecção efectuada porque se destina fundamentalmente a avaliar a dissociação e não a somatização em geral<sup>22</sup>.

### Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

### Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

1. WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH: Somatoform Disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470-6
2. WAAL MWM, ARNOLD IA, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, VAN HEMERT AM: Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. *BMC Family Practice* 2008;9:5 doi:10.1186/1471-2296-9-5
3. GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB, GOLDBERG DP: Somatization in Cross-Cultural Perspective: a World Health Organization Study in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997;154:989-995
4. GUREJE O, SIMON GE: The natural history of somatization in primary care. *Psychol Med* 1999;29:669-676
5. JACKSON JL, KROENKE K: Prevalence, Impact, and Prognosis of Multisomatoform Disorder in Primary Care: A 5-Year Follow-up Study. *Psychosom Med* 2008;70:430-4
6. BARSKY AJ, ORAV J, BATES DW: Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):903-910
7. JACKSON J, FIDDLER M, KAPUR N, WELLS A, TOMENSON B, CREED F: Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology and gastroenterology clinics. *J Psychosom Res* 2006; 60:357-363
8. JACKSON JL, PASSAMONTI M: The Outcomes among Patients Presenting in Primary Care with a Physical Symptom at 5 Years. *J Gen Intern Med* 2005;20(11):1032-37
9. GUREJE O, SIMON G: Stability of SomatizD and Somatiz Symptoms Among Primary Care Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:90-5
10. TOFT T, FINK P, OERNBOELE, CRISTENSEN K, FROSTHOLM L, OLESEN F: Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 35:1175-84
11. ARNOLD IA, DE WAAL MWM, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, SPINHOVEN, VAN HEMERT AM: Medically unexplained physical symptoms in primary care: a controlled study on the effectiveness of cognitive-behavioral treatment by the family physician. *Psychosomatics* 2009;50:515-524
12. MAGALLÓN R, GILI M, MORENO S, et al: Cognitive-behaviour therapy for patients with Abridged Somatization Disorder (SSI4,6) in primary care: a randomized, controlled study. *BMC Psychiatry* 2008;8:47 doi:10.1186/1471-244X-8-47
13. MARTIN A, RAUH E, FICHTER M, RIEF W: A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in Primary Care: a randomized clinical trial. *Psychosomatics* 2007;48:294-303
14. ROSENDAL M, BRO F, SOKOLOWSKI I, FINK P, TOFT T, OLESEN F: A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatization: effects on GPs' attitudes. *Family Practice* 2005;22(4):419-427 doi:10.1093/fampra/cmi033
15. HILLER W, JANCA A: Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsych* 2003; 15:167-179
16. WEDEKIND D, BANDELOW B, FENTZAHN E, TRÜMPER P, RÜTHER E: The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): a novel instrument for the assessment of severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007;257:153-163
17. RIEF W, HILLER W: A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics* 2003; 44:6

18. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM: Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:647
19. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND MD, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 1993;150:734-741
20. GARCIA-CAMPAYO J, LOBO A, PEREZ-ECHEVERRÍA MJ, CAMPOS R: Three forms of somatizing presenting in primary care settings in Spain. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(9):554-560
21. VERHAAK PF, TIJHUIS MA: The somatizing patient in general practice. *Int J Psychiatry Med* 1994;24(2):157-177
22. ESPÍRITO SANTO, H., PIO-ABREU, JL: Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Ref. Bras Psiquiatr* 2007;29(4):354-8
23. FAVA GA, WISE TN: Issues for DSM-V: Psychological Factors Affecting Either Identified or Feared Medical Conditions: A Solution for Somatoform Disorders (Editorial). *Am J Psychiatry* 2007; 164:1002-3
24. KROENKE K, SPITZER RL, WILLIAMS JBW: The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258-266
25. LEIKNES KA, FINSET A, MOUM T, SANDANGER I: Methodological issues concerning lifetime medically unexplained and medically explained symptoms of the Composite International Diagnostic Interview: a prospective 11-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2006;61:169-179
26. KROENKE K, SPITZER RL, deGRUY FV, SWINDLE R: A Symptom Checklist to Screen for Somatoform Disorders in Primary Care. *Psychosomatics* 1998; 39: 263-272
27. PILOWSKI I: From conversion hysteria to somatisation to abnormal illness behaviour? (Editorial). *J Psychosom Res* 1996; 40(4):345-350
28. KELLNER R: Somatization: theories and research. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178 (3): 150-160
29. De GUCHT V, FISCHLER B: Somatization: a critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics* 2002;43:1-9
30. DEROGATIS LR, LIPMAN RS, COVI L: SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13-28
31. BUFKA LF, CRAWFORD JI, LEVITT JT: Brief screening assessments for the managed care and primary care. In: ANTONY MM, BARLOW DH (eds): *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York: The Guildford Press 2002:38-63
32. SMITH VL: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Sederer LI, Dickey B (eds). *Outcomes Assessment in Clinical Practice*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins 1996
33. ALMEIDA V: Somatização e expressão emocional – Um estudo nos Cuidados Primários de Saúde. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Março 2006
34. DEROGATIS LR, MELISARATOS N: The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psych Med* 1983;13(3):595-605
35. MCFARLANE AC, MCKENZIE DP, van HOOFF M, BROWNE D: Somatic and psychological dimensions of screening for psychiatric morbidity: A community validation of the SPHERE Questionnaire. *J Psychosom Res* 2008;65:337-345
36. WAAL MWM, ARNOLD IA, SPINHOVEN P, EEKHOF JAH, van HEMERT AM: The reporting of specific physical symptoms for mental distress in general practice. *J Psychosom Res* 2005;59:89-95
37. Van RAVESTEIJN H, WITTKAMPF K, LUCASSEN P et al: Detecting Somatoform Disorders in Primary Care with the PHQ-15. *Ann Family Med* 2009;7:232-8
38. WAAL MWM, ARNOLD IA, SPINHOVEN P, EEKHOF JAH, ASSENDELFT WJJ, van HEMERT AM: The role of comorbidity in the detection of psychiatric disorders with checklists for mental and physical symptoms in primary care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:78-85.
39. RIBEIRO JLP: Questionário de manifestações físicas de mal-estar. *Psiquiatria Clínica* 2003;24(1):65-76
40. KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY FV et al: Multisomatoform Disorder: an Alternative to Undifferentiated Somatoform Disorder for the Somatizing Patient in Primary Care. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:352-8
41. KROENKE K: Somatoform Disorders and recent diagnostic controversies. *Psychiatr Clin North Am* 2007;30(4):593-619
42. INTERIAN A, ALLEN LA, GARA MA, ESCOBAR JI, DÍAZ-MARTINEZ AM: Somatic complaints in primary care: further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics* 2006;47(5):392-8
43. OTHMER E, DeSOUZA C: A Screening Test for Somatization Disorder (Hysteria). *Am J Psychiatry* 1985;142:1146-9
44. SWARTZ M, HUGHES D, GEORGE L, BLAZER D, LANDERMAN R, BUCHOLZ K: Developing a Screening Index for Community Studies of Somatization Disorder. *J Psychiat Res* 1986;20(4):335-343
45. SMITH GR, BROWN FW: Screening Indexes in DSM III R Somatization Disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1990;12(3):148- 152
46. World Health Organization. *International Study of Somatoform Disorders: Study Protocol and Instruments*. Geneva: WHO 1994
47. RIEF W, HESSEL A, BRÄHLER E: Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Med* 2001;63:595-602
48. RIEF W, HILLER W: Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999;46(6):507-518
49. SPITZER, LR, KROENKE, K, WILLIAMS, JBW; and the Patient Health Questionnaire Primary Care Group: Validity and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44
50. PILOWSKI I: Abnormal Illness Behaviour: a Review of the Concept and its Implications. In: McHUGH S, VALLIS TM (eds): *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press 1986:391-6
51. FABIÃO, C, SILVA, CC, FLEMING, M, BARBOSA, A: SOMS-2: Tradução para português do Screening for Somatoform Symptoms. *Acta Med Port* 2008;21:241-6
52. FABIÃO C, BARBOSA A, FLEMING M, SILVA C: Rastreio da Perturbação de Somatização nos Cuidados Primários de Saúde. Resultados de um Estudo Piloto. *Acta Med Port* 2008;21:319-328
53. SCHNEIDER G, HOCKMANN J, STÄNDER S, LUGER TA, HEUFT G: Psychological factors in prurigo nodularis in comparison with psoriasis vulgaris: results of a case-control study. *Br J Dermatol* 2006;154(1):61-6
54. REUBER M, PUKROP R, MITCHELL AJ, BAUER J, ELGER CE: Clinical significance of recurrent psychogenic nonepileptic seizure status. *J Neurol* 2003;250(11):1355-62
55. REUBER M, PUKROP R, BAUER J, HELMSTAEDTER C, TESSENDORF N, ELGER CE: Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neurol* 2003;53(3):305-311
56. HESSEL A, GEYER M, GUNZELMANN T, SCHUMACHER J, BRÄHLER E: Somatoform complaints in elderly of Germany. *Z Gerontol Geriatr* 2003;36(4):287-296
57. REUBER M, HOUSE AO, PUKROP R, BAUER J, ELGER CE: Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with



psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Res* 2003; 57:159-167

58. REUBER M, MITCHELLAJ, HOWLETT S, ELGER CE: Measuring outcome in psychogenic nonepileptic seizures: how relevant is seizure remission? *Epilepsia* 2005;46(11):1788-95

59. SAMMET I, BOHN T, SCHRAUTH M, LEIBING E: What follows the diagnosis of a somatoform disorder? *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007;57(12):462-8

60. NICKEL R, EGLE UT: Psychological defense styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*

2006;30:157-170

61. BANKIER B, AIGNER M, KRONES S, BACH M: Screening for DSM-IV somatoform disorders in chronic pain patients. *Psychopathology* 2000;33(3):115-8

62. RIBEIRO JLP: Avaliação em psicologia da saúde. Instrumentos publicados em português. Coimbra. Quarteto 2007

63. JANCA A, HILLER W: ICD-10 Checklists – A Tool for Clinicians' Use of the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 1996;37(3):180-7

