

SOMS-2: TRADUÇÃO PARA PORTUGUÊS DA *SCREENING FOR SOMATIFORM DISORDERS**

Cristina FABIÃO, Carolina COSTA E SILVA, Manuela FLEMING, António BARBOSA

RESUMO

Introdução: O diagnóstico de Perturbações Somatoformes (PS) exige a presença de sintomas não explicados medicamente (MUS), que devem ser avaliados para exclusão de doença orgânica.

A SOMS é um instrumento de rastreio de PS, de auto-preenchimento, que avalia os MUS, requerendo que o participante, para responder afirmativamente e qualificar qualquer das queixas apresentadas como critério para PS, tenha obtido, da parte do seu médico assistente, a opinião de que aquela queixa não se devia a doença orgânica.

População e Métodos: Obtida a autorização dos autores, recorreu-se, à retroversão e tradução subsequente feita por peritos nas línguas inglesa e portuguesa.

Procedeu-se a uma exploração do questionário num pequeno grupo de doentes (pré-teste). Seleccionaram-se as queixas em que houve dificuldades de compreensão no pré-teste e pediram-se sugestões a clínicos experimentados (item 21).

A versão resultante foi respondida por 123 doentes dos cuidados primários de saúde (CPS) (amostra I). Dois psicólogos acompanharam os participantes.

Depois de introduzidas modificações, o questionário foi preenchido por mais 190 doentes dos CPS (amostra II). Quatro estudantes de psicologia acompanharam os participantes.

Resultados: Verificou-se uma dificuldade, na maior parte dos indivíduos da amostra I (N=123) em manter a ideia de que, para responder sim, era necessário dar resposta a três perguntas: 1) o sintoma está presente?; 2) o médico não encontrou causas claras para o sintoma?; 3) o sintoma afecta o bem-estar?

Confirmaram-se as dificuldades de compreensão dos itens 21 e 45 (pré-teste). Os itens 11, 28, 38 e 45 mostraram ser mais facilmente compreendidos se fosse adoptada uma outra formulação. Na amostra I, verificámos que os itens 20, 21, 23, 40, 43, 45 e 51 tiveram uma frequência de respostas de menos de 5%.

Conclusão: Provavelmente devido ao baixo nível de instrução da população portuguesa, as dificuldades em manter a fidelidade às instruções recebidas inicialmente, aconselharam uma modificação da SOMS-2 de tal forma que as três questões implícitas em cada resposta dada fossem divididas em duas colunas (duas questões explícitas). Simultaneamente deverá manter-se a atenção no controlo do critério de severidade (a terceira questão implícita).

Após a primeira fase foram eliminados os itens que haviam obtido uma frequência de resposta inferior a 5%. A maioria deles coincide com os itens de baixa frequência encontrados na versão original.

O estudo da consistência interna e da correlação dos resultados obtidos em auto-preenchimento e em entrevista, será o próximo passo para estabelecer a validade deste instrumento, neste tipo de população.

C.F., C.C.S., M.F.: Programa de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
A.B.: Serviço de Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2008 CELOM

*Texto do Poster apresentado no congresso *Família, Saúde e Doença*, em 18 e 19 de Outubro de 2007, na Universidade do Minho.

SUMMARY

SOMS-2: TRANSLATION INTO PORTUGUESE OF THE SCREENING FOR SOMATOFORM DISORDERS

Introduction: The diagnosis of Somatization Disorder (SD) requires the presence of somatic medically unexplained symptoms (MUS) which must be assessed so that organic diseases may be excluded.

SOMS-2 is a self-report measure for SD that assesses medically unexplained symptoms by requiring participants to answer affirmatively and qualify any of the complaints as MUS, only if they have obtained from his doctor the opinion that the said complaint is not due to an organic disease.

Participants and Methods: According to the authors, original SOMS-2 has a good internal consistency with Cronbach's $\alpha = .87$ and a good correlation between self-ratings and interview ($r = .75$).

After obtaining the author's permission, translation from and into English has been made by experienced translators.

The resulting questionnaire has been used on a small group of patients.

Afterwards the items in which there were difficulties in understanding during the pre-test were identified and experienced practitioners were asked for suggestions.

The resulting version was answered by 123 primary health care patients (sample I).

After some modifications of the SOMS-2, another group of 190 primary health care patients answered the questionnaire (sample II).

Results: Most patients, in the first sample, found it difficult to understand that, in order to answer affirmatively it was necessary to answer three questions: 1) is the symptom present? 2) has your doctor found no clear causes for the symptom? 3) does the symptom affect your well-being?

The difficulties in understanding items 21 and 45 (pre-test) were confirmed. Items 11, 28 and 38 were more easily understood when worded differently.

In sample I, less than 5% of positive answers were given to items 20, 21, 23, 40, 43, 45, and 51.

Conclusions: Probably because of the low education level of the Portuguese population which this sample reflects, difficulties in carrying out the instructions given at the beginning made it advisable to modify the SOMS-2, so that the three implicit questions in each question of the SOMS-2 were divided into two columns (two explicit questions). Simultaneously attention must continue on controlling severity criterion (the third implicit question).

After phase I, the items with an answer rate of less than 5% were eliminated.

The majority of them are coincident with the low answer rate items found by the authors of the original version.

The next step is to study the internal consistency and the correlation between results of self-ratings and interview, of the resulting version, in order to establish the validity of the SOMS-2 in these populations.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Perturbação Somatização (PS) requer a presença de certo número de sintomas somáticos. Cada uma dessas queixas, deve ser avaliada para exclusão de doença orgânica, consumo de substâncias psico-activas, simulação ou sintoma auto-provocado.

Para além disso, os sintomas devem sujeitar-se a:

- 1) critérios de gravidade¹, pois os sintomas de somatização estão permanentemente presentes nas populações, em formas moderadas ou suaves (Hiller et al 2006)²;

- 2) critérios de persistência, no tempo, da tendência a apresentar sintomas somáticos e desde muito cedo (antes dos 30 anos).

A exclusão de doença orgânica compreende um juízo clínico, habitualmente laborioso, que torna difícil a abordagem destas perturbações através de instrumentos de rastreio.

A SOMS-2 é um instrumento de rastreio de PS, de auto-preenchimento, que lida com os requisitos referidos, requerendo que o participante, para responder afirmativamente e qualificar qualquer uma das queixas apresentadas como critério para PS, tenha obtido, da parte do seu médico assistente, a opinião de que aquela queixa não se deve a doença orgânica.

Dada a actual cobertura da população portuguesa por uma rede de cuidados primários de saúde, que permite o estudo dos sintomas apresentados pelos utentes, desde que apresentem certo índice de severidade, partimos da suposição de que a SOMS poderia ser um instrumento aplicável em populações portuguesas.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

A SOMS-2 é uma escala de auto-preenchimento que consta fundamentalmente de uma lista de 53 sintomas somáticos não decorrentes de uma doença física. Os sintomas devem ter ocorrido nos últimos dois anos. Os participantes são instados a só responder sim, caso o sintoma tenha tido um certo grau de severidade e não tenham sido encontradas causas claras que o explicassem, por parte do médico assistente. A segunda parte da SOMS-2 consta de questões destinadas a avaliar o grau de severidade dos sintomas, o consumo de consultas médicas, critérios de inclusão e exclusão e a pesquisar a existência de outras perturbações somatoformes, bem como da perturbação de pânico^{3,4}.

A versão original da SOMS-2 apresenta uma boa consistência interna, com α de Cronbach de .87³. O número de sintomas somáticos, obtidos pela SOMS e em entrevista

clínica estruturada, obteve boa correlação ($r = .75$) confirmando a validade da SOMS^{5,6}.

Obtida a anuência do primeiro autor da SOMS-2 procedeu-se à tradução para português do instrumento, recorrendo a dois tradutores experientes. Destas duas versões, foi elaborada uma versão de consenso em português, a qual foi traduzida para inglês por dois outros tradutores experimentados. A partir desta tradução para inglês foi também elaborada uma versão de consenso.

De seguida, a versão da SOMS-2 em português foi aplicada (pré-teste) a um pequeno número de doentes ($N = 24$) que acorreram a uma consulta generalista de psiquiatria no sector privado, de idades e profissões variadas. Foi consultada uma especialista de clínica geral, com largos anos de experiência clínica, a propósito do item 21, para encontrar a formulação mais adequada para esta questão.

Posteriormente, a versão resultante da SOMS-2 em português, foi utilizada num estudo piloto em doentes consecutivos que se dirigiram a um Centro de Saúde do Norte de Portugal ($N = 123$).

Neste estudo, os participantes foram permanentemente acompanhados, em sala, por dois psicólogos familiarizados com a passagem de instrumentos de medida deste tipo, os quais registaram as questões e perplexidades que foram colocadas enquanto se procedia ao preenchimento do questionário.

Após a realização deste estudo piloto, procedemos a alterações no instrumento que permitissem uma melhor recepção por parte da população em estudo (utentes portugueses dos Cuidados Primários de Saúde-CPS). De seguida, a SOMS-2 foi utilizada numa amostra de 190 utentes dos CPS.

Foram registadas as dúvidas suscitadas pelos participantes desta amostra (II).

RESULTADOS

Uma dificuldade que foi detectada frequentemente no preenchimento da SOMS-2 (amostra I) foi a dificuldade em manter os participantes com a noção sustentada (até ao fim da listagem dos 52 sintomas para as mulheres e dos 48 sintomas para os homens) de que um sim como resposta a cada um dos sintomas, implicava um triplo sim. Era necessário fazer um duplo raciocínio em relação a cada item: para responder sim era necessário ter tido o sintoma e também que, em relação a esse sintoma, o médico não tivesse encontrado *causas claras* que o explicassem; além disso, só se o sintoma tivesse afectado fortemente o bem-estar do inquirido, poderia este responder sim. Logo, cada sim implicava um sim simultâneo a estes três requisitos.

Esta situação foi sentida como uma grande dificuldade no preenchimento do questionário por parte significativa da amostra I.

Em relação à questão sobre se o médico assistente tinha ou não encontrado causas claras, surgia, por vezes, a dúvida se se trataria de causas orgânicas claras ou simplesmente de um diagnóstico claro ainda que fosse de uma perturbação psiquiátrica, por exemplo.

Em relação a certos itens do questionário foram sugeridas, pelos participantes, formulações mais próximas do português falado.

Assim, os itens 11, 28 e 38 que figuravam como *sensação de estar inchado, falta de fôlego e retenção urinária*, pareceram mais bem formulados, respectivamente, com *sensação de estar enfartado, falta de ar e não conseguir urinar*. Também se verificou que em relação ao item 45 (*ataques*) os participantes ficavam, por vezes, perplexos, perguntando *ataques de quê?*.

Os itens 37 – Afonia (perda de voz) – e 46 – Amnésia (perda de memória) –, ficaram apenas formulados com o conteúdo entre parêntesis.

Na pergunta 54, em que os participantes são questionados sobre o número de vezes que consultaram o médico, pareceu necessário lembrar outra vez que a pergunta se refere *aos últimos dois anos*.

Nas questões que figuram no final da SOMS-2, e se destinam ao estabelecimento de diagnósticos de vários tipos de perturbações somatoformes de acordo com a DSM-IV e com a ICD-10, surgiram algumas dificuldades em relação à questão sobre a dor, que parece surgir naquele ponto do questionário, e com a formulação apresentada, um tanto a despropósito, tanto mais que alguns dos inquiridos podem não ter referido qualquer tipo de dor, nos itens anteriores.

DISCUSSÃO

Em relação à dificuldade identificada nos participantes do nosso estudo piloto em se manterem cientes de que, para cada item, uma resposta sim implicava um triplo sim e, implicava um duplo raciocínio, isto é, uma resposta sim e uma resposta não (o médico não encontrou causas claras) foi considerado necessário proceder a uma alteração do questionário.

Assim, pareceu-nos mais adequado ao tipo de população estudada e de acordo com as dificuldades detectadas, que uma primeira coluna, permita que o participante possa responder sim (teve o sintoma), colocando aí uma cruz e se adicione uma dupla coluna com hipótese de responder sim (o médico encontrou causas claras) e não (o médico não encontrou causas claras).

Desta forma, a dupla questão foi desdobrada e o sim (existe sintoma somatoforme) necessita que a resposta seja, em relação a cada sintoma, um sim na primeira coluna e um não na terceira coluna.

Nas instruções, alterou-se a indicação causas claras para causas orgânicas claras.

Estas alterações tiveram o objectivo de dar à versão portuguesa do instrumento a possibilidade de continuar a ser considerado de auto-preenchimento, diminuindo a necessidade de monitorização estreita do seu preenchimento.

Como já foi referido, na amostra I, a tendência foi, com a versão graficamente semelhante à original⁵, a de o participante necessitar de uma monitorização muito apertada, lembrando muito frequentemente que só deveria responder sim, se, para além de ter o sintoma, o médico não tivesse encontrado causas claras.

Levamos a hipótese de que, esta aparente diferença na dificuldade encontrada, na nossa população, em manter a capacidade de responder, considerando permanentemente as instruções (esta dificuldade não parece ter sido encontrada, pelos criadores do instrumento, com a versão original) se deva ao baixo índice de escolaridade da população portuguesa, que esta amostra reflecte.

Quanto ao terceiro ponto a ter em conta para a resposta a cada item de sintomas somáticos ser sim, concretamente a necessidade de o sintoma ter afectado fortemente o bem-estar do indivíduo (critério de severidade do sintoma) constatámos uma tendência para grande parte dos inquiridos passar a assinalar o sintoma, esquecendo rapidamente este requisito, lido inicialmente. Por este motivo, parece-nos que será necessário que os elementos que acompanhem os participantes estejam muito atentos a que este critério de severidade seja mantido e ainda que haja informações mais objectivas sobre o que se entende por *afectar o bem-estar*. Optámos por, na amostra II, uniformizar o tipo de exemplos que eram dados a cada participante e instruir nesse sentido: 1) impediram-no(a) de ir trabalhar ou de sair, se tal estivesse programado, 2) levaram-no(a) a consultar, 3) tomar medicamentos ou 4) alteraram a sua rotina diária. Para os casos que, mesmo assim, permaneciam incertos, o acompanhante ouvia o participante sobre a alteração que o sintoma tinha produzido e cotava ou não o sintoma consoante parecesse que ele tinha efectivamente *afectado o bem-estar*.

No conjunto da amostra, verificámos que alguns itens (alguns dos que mais tinham suscitado dúvidas no preenchimento do questionário) tiveram uma frequência de respostas de menos de 5%, no conjunto dos participantes.

À semelhança do procedimento utilizado pelos autores da escala (num dos estudos publicados) ao eliminarem

os itens com frequências de resposta inferiores a 10% (Rief et al 1999)⁴ pareceu indicado retirar esses itens que suscitam mais dúvidas e/ou surgem com frequências de resposta inferiores a 5%. Assim, na versão da SOMS-2 que foi produzida para a fase seguinte (amostra II) estes itens não figuraram. Os itens eliminados foram os seguintes: 20 – Diarreia frequente; 21 – Escorrência de líquidos pelo ânus (não fezes); 23 – Necessidade frequente de evacuar; 40 – Perda do tacto ou da sensação de dor; 43 – Cegueira; 45 – Ataques; 51 – Vômitos frequentes ou contínuos durante a gravidez.

Mais de metade deles (21; 40; 43 e 51) coincidem com aqueles que os autores da SOMS-2 eliminaram, no estudo referido, por não terem conseguido apresentar frequências de resposta superiores a 10%.

Na versão original, depois da consideração da lista de sintomas, o participante é convidado a saltar para a pergunta 64, caso não tenha assinalado nenhum sintoma. Mas, depois, nas perguntas 66 e 67 é questionado sobre sintomas de dor, que pode não ter assinalado, se ele foi um dos casos sem sintomas que saltou para a pergunta 64. Por este motivo, parece mais adequado colocar as perguntas 66 e 67 antes da pergunta 64, alterando, portanto a numeração original.

CONCLUSÃO

Por último, referir-nos-emos ao problema da evocação deficiente dos sintomas somáticos, ao fim de um ano, encontrado por Simon and Gureje⁷. Na nossa experiência, aconteceu frequentemente que o participante estava a referir sintomas ocorridos havia mais que dois anos (e que, por esse motivo, não podiam ser considerados). Este facto ocorria sobretudo se o sintoma tinha sido investigado, com exames auxiliares de diagnóstico, pelo médico assistente, e era evocado como estando relacionado com um acontecimento relevante, ou com afectos depressivos ou *depressão*. Logo, independentemente da existência de *perca* dos sintomas ao longo da vida, devida a uma deficiente evocação dos mesmos, ficámos com a impressão de que se conservavam na memória os sintomas associados com afectos da linha depressiva.

Continua, tanto quanto sabemos, por esclarecer quais são os outros factores que contribuem (Simon e Gureje

feriam já que a existência concomitante de depressão era um deles) para a retenção do sintoma na memória e quais os factores que contribuem para o seu esquecimento. Estudos futuros que pesquisem estes factores, contribuirão para uma maior validade e apuramento dos instrumentos que, como a SOMS-2, procuram avaliar os sintomas somatoformes.

Por outro lado, a questão que se coloca aos resultados do estudo supra-citado é a de saber se o achado mais relevante para o diagnóstico de PS não será muito mais do que a estabilidade no tempo de cada sintoma somático, a estabilidade no tempo da tendência para apresentar sintomas somáticos múltiplos.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Administração Regional de Saúde do Norte a possibilidade de realização deste estudo.

Conflito de interesses:

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

Fontes de financiamento:

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.

BIBLIOGRAFIA

1. HILLER W, JANCA A: Assessment of somatoform disorders: a review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica* 2003;15:167-179
2. HILLER W, RIEF W, BRÄHLER, E: Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiol* 2006;41:704-712
3. HILLER W, RIEF W, FICHTER M: Further Evidence for a Broader Concept of Somatization Disorder Using the Somatic Symptom Index. *Psychosomatics* 1995;36:285-294
4. RIEF W, HILLER W, GEISSNER E, FICHTER M: A Two-year follow-up of Patients With Somatoform Disorders. *Psychosomatics* 1995;36:376-386.
5. RIEF W, HILLER W: Towards empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosomatic Res* 1999;46(6):507-518
6. RIEF W, HESSEL A, BRÄHLER E: Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in the General Population. *Psychosomatic Med* 2001;63:595-602
7. SIMON, G, GUREJE: Stability of Somatization Disorder and Somatization Symptoms Among Primary Care Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:90-5

