

RASTREIO DA PERTURBAÇÃO DE SOMATIZAÇÃO Nos Cuidados Primários de Saúde Resultados de um Estudo Piloto*

Cristina FABIÃO, António BARBOSA, Manuela FLEMING, Carolina SILVA

RESUMO

Introdução: O rastreio das Perturbações Somatoformes na população não foi ainda realizado em Portugal, no entanto é o primeiro passo para conhecer a dimensão populacional de uma patologia para a qual se encontrou uma prevalência elevada noutros países, sobretudo quando são empregues critérios menos restritivos para a sua definição.

Objectivos: Avaliar as características psicométricas de uma versão portuguesa da SOMS-2, nos utentes dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e estudar a sua associação com a depressão e ansiedade.

Metodologia: Todos os utentes de um centro de saúde urbano com idades superiores a 17 anos que soubessem ler e escrever foram convidados a participar neste estudo que se realizou durante dois dias do mês de Janeiro de 2007. Os participantes preencheram um questionário sócio-demográfico e a versão portuguesa de um instrumento de rastreio da Perturbação da Somatização (PS) (SOMS-2), incluindo uma lista de 53 sintomas somáticos e 15 questões para avaliar a gravidade e existência de outras perturbações somatoformes. Foi também feita uma avaliação da ansiedade e depressão utilizando uma versão portuguesa da HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Resultados: Participaram no estudo 122 (16%) dos 760 utentes contactados. A idade média foi de 46,5 anos ($dp = 16,3$) e 63% eram mulheres. Após aplicação de critérios de frequência ($> 10\%$) e poder discriminante em relação à incapacidade, a escala final inclui 19 sintomas. Tendo como *padrão* o critério dos sintomas requeridos pela DSM-IV-TR para a existência de PS foi estimado o ponto de corte de oito ou mais sintomas na escala reduzida, com uma sensibilidade de 94,1% e especificidade de 89,5%. Com este ponto de corte a estimativa de *possíveis* somatizadores é de 22,1%. O risco relativo de um somatizador apresentar ansiedade é de 3,4 (IC95%: 2 a 6) e o de estar deprimido é de 4,3 (IC95%: 1,6 a 11,6).

Conclusões: Os resultados preliminares obtidos com a versão da SOMS-2 incluindo 19 sintomas apontam para que seja adequada ao rastreio da PS nos CPS, embora necessite de uma validação clínica para diagnóstico diferencial.

C.F.: Programa de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS). Porto
A.B.: Serviço de Psiquiatria. Hospital Santa Maria. Lisboa
M. Fleming: Departamento de Psicologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
M.C.S.: Departamento de Estatística. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto

© 2008 CELOM

*Estudo realizado no Centro de Saúde de Braga I-A. Carandá e autorizado pela Administração Regional de Saúde do Norte.

SUMMARY

SCREENING OF SOMATIZATION DISORDER

In Primary Health Care. Results from a Pilot Study

Introduction: There are no population based studies of Somatoform Disorders (SD) in Portugal, despite the fact that a high prevalence has been reported in other countries, mainly when less restrictive criteria are used for diagnosis. This study represents the first step to know the impact of this pathology in the community.

Aims: To evaluate the psychometric properties of a Portuguese version of SOMS-2 (Screening for Somatoform Disorders) in primary health care (PHC) and studying its relationship with depression and anxiety.

Method: All persons attending an urban PHC unit aged 18 years or more and knowing how to read and write were invited to participate in this study undertaken during 2 days in January, 2007. All participants filled a socio-demographic questionnaire and a translated version of a screening instrument for Somatization Disorder (SD) (SOMS-2), including a list of 53 somatic symptoms and 15 questions to evaluate the severity and presence of other somatoform disorders. A measure of anxiety and depression was also obtained using the Portuguese version of HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).

Results: The 122 participants, 16% out of the 760 contacted, had on average 46.5 years (sd = 16.3) and 63% were woman. After applying criteria for frequency (> 10%) and discriminative power in terms of incapacity, 19 symptoms were included in the final scale. Using as *standard* the number and the specific symptoms for the presence of Somatization Disorder from the DSM-IV-TR, a cut-off point of at least 8 symptoms was estimated. The sensitivity and specificity were 94.1% and 89.5%, respectively. This cut off warranted 22.1% of individuals to be referred for further examination. The relative risk of anxiety and depression in a *somatizer* were 3.4 (95%CI: 2 to 6) and 4.3 (95%CI: 1.6 to 11.6), respectively.

Conclusions: The results obtained with this Portuguese version of the SOMS-2 including 19 symptoms indicate it might be helpful for the screening of SD in PHC, though further clinical validation will be needed for establishing differential diagnosis.

INTRODUÇÃO

Alguns autores têm definido a somatização como resultando quase que exclusivamente de estados psíquicos ou emocionais enquanto outros a entendem como um fenómeno inespecífico, que compreende experiências físicas primárias ou ainda, simplesmente, como as sensações somáticas que acompanham as perturbações de ansiedade e depressivas.

Kellner (1990) entende a somatização como uma ou várias queixas físicas, a respeito das quais uma investigação adequada revele *a não existência de patologia orgânica ou mecanismo patofisiológico* que expliquem a queixa física, ou, quando exista patologia orgânica, *as queixas físicas ou disfunção social ou ocupacional resultantes estejam marcadamente em excesso em relação ao que seria de esperar, tendo por base os achados físicos*¹.

A DSM-IV-TR requer, para o diagnóstico de Perturbação de Somatização (PS), além de outras condições, a existência de pelo menos oito sintomas físicos, não explicados medicamente, distribuídos por quatro grupos ou sis-

temas (quatro sintomas de dor, dois gastrointestinais, um pseudo-neurológico e um sexual)².

Vários investigadores têm referido o facto de os critérios actualmente em uso serem demasiado restritivos³⁻⁸ conduzindo a prevalências muito baixas de PS na população ou no contexto dos Cuidados Primários de Saúde (CPS)^{9,10}. Existem estudos que colocam em evidência uma expressão mais significativa do fenómeno da somatização, seja nos CPS^{7,11} seja noutros contextos^{9,11-13} se forem utilizados outro tipo de critérios mais abrangentes. Em consequência, têm sido propostos critérios diagnósticos menos restritivos. Alguns baseiam-se quase que exclusivamente na contagem dos sintomas medicamente não explicados^{5,6} outros associam à contagem dos sintomas e à proposta de um ponto de corte para a definição de caso, algumas características psicológicas e comportamentais, essenciais para a definição da perturbação⁶, ou elegem como critério diagnóstico, sobretudo este tipo de características^{12,15-17}. Relativamente ao rastreo da PS e das perturbações somatoformes, alguns investigadores entendem ser necessário, mesmo na primeira fase do rastreo na po-

pulação, a entrevista clínica¹⁹ e outros propõem instrumentos mediante os quais, numa primeira abordagem, ela pode ser dispensada, desde que se consigam convocar os resultados do juízo clínico de um médico, efectuado a respeito de cada um dos sintomas referidos⁶.

A comorbilidade de sintomas somáticos medicamente inexplicados (e nem sempre da PS com todos os critérios diagnósticos) com as perturbações de ansiedade e depressivas tem sido encontrada por vários autores^{1,16,19-21}. Esta associação também tem sido encontrada especificamente para os chamados síndromes funcionais somáticos como a síndrome do cólon irritável, a fibromialgia, a síndrome da fadiga crónica e a dispepsia não ulcerosa²².

Os efeitos das perturbações depressivas, ansiosas e somatoformes sobre as limitações funcionais parecem ser independentes²³ e cumulativos²⁴ e, nesta perspectiva, as perturbações somatoformes teriam justificadamente direito a um lugar nas classificações nosográficas, independentemente de serem ou não acompanhados por perturbações de ansiedade ou depressivas.

Noutra perspectiva, e num artigo de revisão, Creed e Barsky (2004) entendem que os critérios para o diagnóstico de PS *parecem ter sido definidos artificialmente num grupo restrito de casos graves* e referem não ter encontrado evidência *para suportar a existência destas perturbações como singularizadas nos cuidados primários e nas amostras populacionais*. Assim sendo, e segundo estes autores, as perturbações somatoformes não poderiam *ser vistas como perturbações psiquiátricas* não por não terem necessariamente na sua base etiológica problemas mentais, como alguns autores defendem actualmente^{14,25,26}, mas por não serem independentes de outras perturbações mentais como as perturbações de ansiedade e depressivas. Outros autores têm encontrado, para além das perturbações de ansiedade e depressivas, situações clínicas em que se verifica a existência de quadros mistos²⁴, também designados de ansiedade-depressão mista (mixed anxiety-depression)²⁷.

Embora a associação entre sintomas somáticos, por um lado, e ansiedade e depressão, por outro, tenha sido consistentemente estabelecida¹, mesmo quando as escalas de ansiedade e depressão não possuem itens somáticos, esta associação parece ser ligeiramente mais significativa no que diz respeito à ansiedade¹.

Os objectivos deste estudo piloto são: 1) testar a recepção, numa amostra nos cuidados primários, de um instrumento de rastreio para a somatização (SOMS-2); 2) explorar algumas das características psicométricas deste instrumento; 3) avaliar a relação da PS com a ansiedade e a depressão.

METODOLOGIA

Participantes

Durante dois dias consecutivos do mês de Janeiro, todos os indivíduos que acorreram a um Centro de Saúde (CS) de grandes dimensões, numa zona urbana, foram convidados a participar no estudo, desde que tivessem completado 18 anos de idade e pudessem ler e escrever português. Foram excluídos os indivíduos que se deslocavam ao CS por motivos não relacionados com uma consulta médica de rotina. Para além da avaliação da somatização, ansiedade e depressão, todos os participantes preencheram um questionário solicitando informação sócio-demográfica e uma declaração atestando o consentimento informado para adesão ao estudo.

Avaliação da Somatização, Ansiedade e Depressão

A SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms)⁶ é um instrumento de auto-preenchimento de rastreio de PS, contendo uma lista de 53 sintomas somáticos, ocorridos nos últimos dois anos, integrando queixas físicas da lista de sintomas de PS da DSM-IV, e da lista de sintomas de PS e da Perturbação Autônómica Somatoforme da CID-10⁸. A resposta afirmativa a cada sintoma requer que o participante tenha obtido da parte do seu médico a opinião de que, aquele sintoma, não se deve a uma causa clara, ou não tenha sido encontrada explicação clara para ele, depois dos procedimentos diagnósticos habituais. A segunda parte da SOMS-2 consta de 15 questões destinadas a avaliar o grau de severidade dos sintomas, critérios de inclusão e exclusão e a pesquisar a existência de outras perturbações somatoformes, entre outras coisas. A versão original da SOMS-2 apresentou uma boa consistência interna⁴ e validade no re-teste às 72 horas, tendo o número de sintomas assinalado, evidenciando boa correlação com o número obtido em entrevista clínica estruturada ($r = 0,75$)^{6,8}. Foi utilizada uma versão portuguesa para investigação da SOMS-2, por nós elaborada, depois de o instrumento ter sido traduzido e retrovertido de e para a língua inglesa, por dois pares de peritos fluentes nas duas línguas, após terem sido obtidas a confirmação e autorização por parte do autor da escala.

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) concebida por Zigmond & Snaith (1983) apresenta 14 questões (em duas sub-escalas, de ansiedade e depressão), sendo que nenhuma delas compreende aspectos somáticos da ansiedade ou depressão, não concorrendo, deste modo, com os sintomas somáticos de doenças orgânicas. Permite avaliar populações não psiquiátricas e estabelecer um diagnóstico de ansiedade e depressão. Os autores

da escala original propuseram um ponto de corte de oito, para as duas sub-escalas²⁸, embora Snaith tenha proposto, em 2003, o ponto de corte de 11²⁹. No manual da HADS, consideram-se vários níveis de ansiedade e depressão consoante as pontuações obtidas: *normal* para pontuações entre 0-7, *leve* para pontuações de 8-10, *moderada* para pontuações de 11-15 e *severa* para pontuações de 16-21²⁹, sendo esta a classificação usada neste estudo. No estudo de validação de Pais-Ribeiro et al (2007), a HADS em português apresenta boa consistência interna para as sub-escalas ansiedade e depressão, com um α de Cronbach de 0,76 e 0,81, respectivamente.

Análise Estatística

Após a descrição e comparação das características sócio-demográficas e avaliação da perturbação de somatização, ansiedade e depressão em homens e mulheres utilizando testes não paramétricos (Qui-quadrado e Mann-Whitney), procedeu-se à análise dos sintomas da SOMS-2 para obtenção de uma versão reduzida, passível de utilização como instrumento de rastreio de PS. A metodologia adoptada seguiu de perto a usada por Rief⁶, partindo da soma dos sintomas assinalados de entre os 53 listados – pontuação global na SOMS-2. Para decidir do valor empírico de cada sintoma para inclusão numa escala de *somatização* consideraram-se os seguintes critérios: a) o sintoma deve contribuir de modo significativo para a pontuação global, isto é, uma correlação biserial significativa entre o item e o total da escala, b) a contribuição de cada sintoma para o total deve ser semelhante, implicando uma frequência semelhante e relativamente alta (superior a 10%) e c) o sintoma deverá discriminar o nível de incapacidade, isto é, poder discriminativo. Após exclusão dos sintomas que não preencheram estes critérios, foi estudada a consistência interna da escala reduzida, usando a fórmula de Kuder-Richardson (KR-20) e o ponto de corte estudado a partir da curva característica de operação (CCO) adoptando como *padrão* a existência de pelo menos oito sintomas em quatro grupos ou sistemas (DSM-IV-TR).

RESULTADOS

Dos 760 indivíduos que preencheram os critérios de inclusão, aceitaram participar 16% (N = 122). A distribuição por idade e sexo dos participantes foi significativamente diferente da dos indivíduos consultados nos dias do rastreio (χ^2 de ajuste = 30,2, gl = 5, $p < 0,001$), pelo excesso de mulheres com idades entre 19 e 65 anos e consequente sub-representação das mais idosas (> 65 anos).

No Quadro 1 descrevem-se as características dos utentes contactados. As idades variaram entre 18 e 84 anos (m = 46,5; sd = 16,3) e 63% são mulheres. A maioria são casados e a distribuição segundo o nível de escolaridade é uniforme. A situação profissional é significativamente diferente segundo o sexo ($\chi^2 = 15,2$, gl = 3, $p = 0,002$) e, embora globalmente a proporção de empregados seja semelhante (48,4%), mais mulheres estão numa situação de desemprego e mais homens são já reformados.

Na composição do agregado familiar predomina o casal com filhos (45,8%) e no agregado familiar, mais de 50% dos utentes tem um rendimento mensal até 800 euros. Enquanto que 50% das mulheres têm uma pontuação até oito na HADS-ansiedade, este valor é significativamente mais baixo nos homens, descendo para cinco; na HADS-depressão 75% dos utentes têm pontuações até oito, independentemente do sexo. Dos 122 utentes, 20,5% não assinalaram qualquer sintoma dos 53 listados, na SOMS-2. Na Figura 1 pode observar-se que esta proporção é mais alta nos homens, 31,1% vs 14,3% ($\chi^2 = 4,9$, gl = 1, $p = 0,03$). Nos utentes que assinalaram sintomas (n = 97, 79,5%), metade assinalou até sete sintomas e 75% assinalaram até 13 sintomas. A maioria consultou o médico por este motivo, realizando entre uma a duas consultas (36,7%) ou entre três a seis consultas (26,7%) nos últimos dois anos; mais mulheres que homens consideraram que estes sintomas afetaram o seu bem-estar (68,2% vs 35,5%) e também as actividades de vida diária (AVD) (62,1% vs. 38,7%), embora a toma de medicamentos fosse independente do sexo (75,6%).

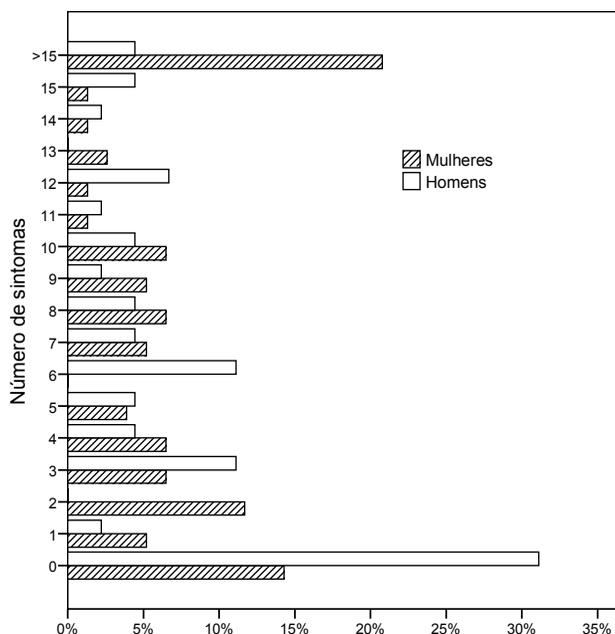


Fig. 1 – Distribuição do número de sintomas na SOMS-2 por sexo.

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica e psicométrica da amostra de utentes de um centro de saúde urbano

Características	Mulheres (n=77)		Homens (n=45)		Global (n=122)		p
	N	%	N	%	N	%	
Idade (anos) ^a	44,6	(14,3)	49,7	(19,0)	46,5	(16,3)	0,1
Estado Civil							0,3
Solteiro	18	(23,4)	11	(24,4)	29	(23,8)	
Casado	49	(63,6)	32	(71,1)	81	(66,4)	
Outros	10	(13,0)	2	(4,4)	12	(9,8)	
Nível de Escolaridade (anos)							0,5
< 4	17	(22,1)	9	(20,0)	26	(21,3)	
4-8	22	(28,6)	9	(20,0)	31	(25,4)	
9-12	21	(27,3)	18	(40,0)	39	(32,0)	
Bacharel/Licenciado	17	(22,1)	9	(20,0)	26	(21,3)	
Situação Profissional							0,002
Empregado	37	(48,1)	22	(48,9)	59	(48,4)	
Desempregado	16	(20,8)	4	(8,9)	20	(16,4)	
Estudante/doméstico	16	(20,8)	3	(6,7)	19	(15,6)	
Reformado	8	(10,4)	16	(35,6)	24	(19,7)	
Agregado Familiar							0,2
Sozinho	11	(14,5)	1	(2,3)	12	(10,0)	
Casal	12	(15,8)	12	(27,3)	24	(20,0)	
Casal e filhos	36	(47,4)	19	(43,2)	55	(45,8)	
Com pais	13	(17,1)	8	(18,2)	21	(17,5)	
Outro	4	(5,3)	4	(5,3)	8	(6,7)	
Rendimento Mensal (€)							0,06
< 400	13	(17,1)	2	(4,5)	15	(12,5)	
401 – 800	33	(43,4)	15	(34,1)	48	(40,0)	
801 - 1500	21	(27,6)	17	(38,6)	38	(31,7)	
> 1500	9	(11,8)	10	(22,7)	19	(15,8)	
HADS^b	14	(8-20,5)	10	(5-15)	12	(6-19)	0,013
Ansiedade	8	(5-12,5)	5	(3-8)	7	(4-11)	0,002
Depressão	5	(3-8,5)	3	(2-8)	4	(2-8)	0,2
SOMS-2							
Sem sintomas	11	(14,3)	14	(31,1)	25	(20,5)	0,026
Nº sintomas ^{b, c}	7,5	(2-15)	6	(4-12)	7	(3-12,5)	0,8
Número de consultas^c							0,5
0	9	(13,6)	8	(25,8)	17	(17,5)	
1 - 2	26	(39,4)	10	(32,3)	36	(37,1)	
3 - 6	16	(24,2)	8	(25,8)	24	(24,7)	
7 ou mais	15	(22,7)	5	(16,1)	20	(20,6)	
Afectaram o bem-estar ^c	45	(68,2)	11	(35,5)	56	(57,7)	0,002
Afectaram as AVD ^c	41	(62,1)	12	(38,7)	53	(54,6)	0,031
Tomou medicamentos ^c	47	(71,2)	21	(67,7)	68	(70,1)	0,7
Perturbação somatização (DSMIV)	13	(16,9)	4	(8,9)	17	(13,9)	0,2

^amédia (dp); ^bmediana (quartis); ^cavaliação nos 97 indivíduos (66 mulheres e 31 homens) que assinalaram sintomas na SOMS-2

A Figura 2 evidencia a congruência entre o critério adoptado para testar a validade discriminante, a incapacidade, e um outro critério apontado como relacionado com a somatização, o número de consultas médicas devidas aos sintomas. Considerando incapacidade *elevada* se o utente assinalou que o sintoma afectou simultaneamente o seu bem-estar e as AVD, *parcial* se afectou apenas uma delas e *nenhuma*, quando nem o bem-estar nem as AVD foram afectadas, pode observar-se que existe uma forte relação linear entre incapacidade e número de consultas (qui-quadrado = 17,4, gl = 1, $p < 0,001$). A proporção de utentes com três ou mais consultas nos últimos dois anos aumenta quando aumenta a incapacidade, passando de 20,8% a 54,2% (3-6 consultas) e de 10% a 70% (7 ou mais consultas).

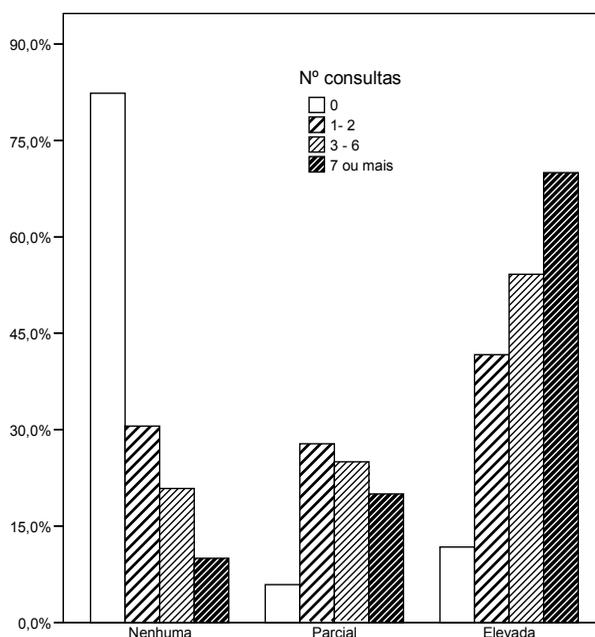


Fig. 2 – Distribuição do número de consultas segundo o grau de incapacidade.

No Quadro 2, descreve-se a distribuição dos sintomas constantes da SOMS-2, bem como a correlação de cada um com a escala global, o poder discriminativo em relação à incapacidade e a sensibilidade do sintoma para detectar a PS nos somatizadores pela sintomatologia usada na DSM-IV-TR (n = 17, 13,9%), critério este usado para estudar o ponto de corte para a versão reduzida resultante (Figura 3). Dos sintomas excluídos da lista inicial, 21 raramente são assinalados (< 10%) e destes apenas três discriminavam a incapacidade, paralisias, visão dupla e dores no ânus. Mais 13 sintomas foram excluídos por não discriminarem a incapacidade, embora alguns deles fossem referidos por mais de 20% dos

Quadro 2 – Descrição dos sintomas constantes da SOMS-2, correlação com a escala global, poder discriminativo em relação à incapacidade e sensibilidade em relação aos critérios da DSM-IV

Sintomas	Frequência n = 122 (%)	Correlação item-total	Poder discriminativo (n1 = 44, n2 = 53)	Sensibilidade DSM-IV (n = 17) (%)
1 Dores de cabeça	32,8	0,44	4,1 ^a	76,5
3 Dores nas costas	34,4	0,35	4,2 ^a	88,2
4 Dores nas articulações	32,0	0,38	4,9 ^a	82,4
5 Dores nas pernas e/ou braços	35,2	0,44	9,5 ^b	82,4
6 Dores no peito	18,9	0,46	4,8 ^a	58,8
12 Mal-estar na zona em volta do coração	22,1	0,43	6,9 ^b	-
15 Soluços ou sensação de ardor no peito ou estômago	18,0	0,58	6,0 ^a	58,8
18 Mau gosto na boca ou língua muito suja	23,0	0,51	5,7 ^a	52,9
19 Boca seca	27,9	0,55	10,5 ^b	70,6
22 Necessidade frequente de urinar	24,6	0,50	8,0 ^b	52,9
25 Mal-estar no estômago ou azia	32,0	0,53	11,9 ^c	76,5
26 Suores (frios ou quentes)	19,7	0,55	5,8 ^a	58,8
27 Rosto afogueado ou corado	17,2	0,56	4,9 ^a	58,8
28 Falta de fôlego	16,4	0,52	8,9 ^b	-
29 Respiração difícil ou acelerada	17,2	0,51	4,9 ^a	-
30 Cansaço excessivo ou falta de forças	29,5	0,58	10,5 ^b	88,2
34 Desequilíbrio ou descoordenação dos movimentos	11,5	0,58	10,8 ^b	-
41 Dormência ou formigueiros desagradáveis	34,4	0,64	16,8 ^c	88,2
M50 Sangramento menstrual excessivo	10,4	0,44	4,0 ^a	-
Frequência baixa (< 10%)				
7 Dores no ânus	7,4	0,29	4,2 ^a	-
8 Dores durante relações sexuais	5,7	0,31	0,4	-
9 Dores ao urinar	6,6	0,28	0,1	-
13 Vômitos	9,0	0,36	0,4	-
16 Intolerância à comida	5,7	0,36	0,4	-
20 Diarreia frequente	3,3	0,17	0,0	-
21 Descarga pelo ânus	1,6	0,07	2,5	-

23	Necessidade frequente de evacuar (volta à barriga)	4,9	0,28	1,2	-
33	Sensações desagradáveis na zona dos órgãos sexuais	7,4	0,54	1,8	-
35	Paralisias ou fraqueza em certas partes do corpo	8,2	0,42	5,4 ^a	-
37	Afonia (perda de voz)	9,8	0,44	0,1	-
38	Retenção urinária	5,7	0,32	0,0	-
39	Alucinações	6,6	0,48	3,1	-
40	Perda do tacto ou da sensação de dor	4,9	0,54	3,7	-
42	Visão dupla (ver duas coisas ao mesmo tempo)	9,8	0,52	4,9 ^a	-
43	Cegueira	3,3	0,27	1,5	-
44	Surdez	9,0	0,32	3,8	-
45	Ataques	4,1	0,35	0,5	-
46	Amnésia (perda de memória)	9,8	0,33	0,9	-
47	Perda de sentidos (perda de consciência)	8,2	0,46	1,0	-
M51	Vómitos frequentes ou contínuos durante a gravidez	5,2	0,20	0,7	-
Sem poder discriminativo					
2	Dores de estômago	18,0	0,39	2,2	-
10	Enjoos	13,9	0,33	1,5	-
11	Inchaço	11,5	0,45	0,1	-
14	Sensação da comida voltar à boca	20,5	0,43	0,1	-
17	Perda de apetite	10,7	0,47	3,5	-
24	Batimentos fortes no coração	21,3	0,42	2,2	52,9
31	Manchas na pele ou descoloração da pele	13,9	0,27	0,5	-
32	Desinteresse sexual (perda da libido)	16,4	0,40	0,2	-
36	Dificuldade em engolir ou nó na garganta	14,8	0,52	2,2	-
M48	Menstruação dolorosa	15,6	0,23	2,5	-
M49	Menstruação irregular	16,9	0,35	1,4	-
M52	Corrimento vaginal anormal ou abundante	13,0	0,30	3,1	-
H53	Disfunção na erecção ou na ejaculação	13,3	0,24	2,6	-

M: só para mulheres, H: só para homens; nestes sintomas as frequências e correlações referem-se só aos elementos respectivos, 45 homens e 77 mulheres; ^a p>0,05, ^b p<0,01, ^c p<0,001, restantes não significativos; *sensibilidade <50%

utentes que assinalaram algum sintoma, os batimentos fortes no coração e a regurgitação. A escala constituída pelos restantes 19 sintomas tem uma consistência interna elevada, $KR_{20} = 0,88$, e os sintomas incluídos obedecem cumulativamente aos dois critérios, frequência superior a 10% e discriminação de incapacidade, sendo os mais frequentes os que referem dores, mal-estar no estômago e dormência/formiguesos.

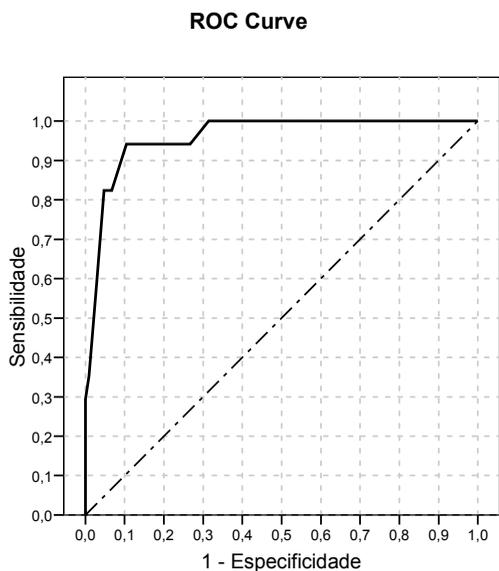


Fig. 3 – Curva característica de operação adoptando como padrão o critério da DSM-IV.

A maximização simultânea da sensibilidade e especificidade em relação ao critério da DSM-IV-TR acontece para um ponto de corte de oito ou mais sintomas da lista de 19. Os valores são respectivamente de 94,1% e 89,5%, com um falso-negativo e 11 falsos-positivos. O acordo foi de 90,2% e o teste $k = 0,67$ ($p < 0,001$). Adoptando este ponto de corte 27 indivíduos (22,1%) deveriam ser referenciados para esclarecimento de diagnóstico diferencial. As características sócio-demográficas deste grupo de *possíveis* somatizadores não foram significativamente diferentes das do grupo de não somatizadores. No Quadro 3 descrevem-se as características dos dois grupos, utilizando o ponto de corte definido. Os somatizadores têm uma maior probabilidade de ter um número excessivo de consultas e toma de medicamentos. Cerca de 58% dos somatizadores apresentam ansiedade moderada ou grave em comparação apenas com 16,8% dos restantes, estimando-se o risco relativo em $rr = 3,4$ (IC 95%: 2,0 a 6,0). Em relação à depressão, 26,9% têm evidência de depressão moderada ou grave em comparação com 6,3% dos restantes, estimando-se um $rr = 4,3$ (IC 95%: 1,6 a 11,6).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo piloto fundamentam a validade de uma MINI-SOMS, com 19 sintomas somáticos, com boas propriedades psicométricas e acordo significativo com a sintomatologia definida pela DSM-IV-TR, para utilização no âmbito de cuidados primários de saúde.

A escala constituída por 19 sintomas tem uma consistência interna elevada, os sintomas incluídos apresentaram uma frequência superior a 10% e capacidade discriminativa do grau de incapacidade da afecção. De notar que, dos 19 sintomas, seis não contribuem para o diagnóstico de PS segundo a DSM-IV-TR. São sintomas cardio-respiratórios, possivelmente comuns às Perturbações de Ansiedade. O ponto de corte de oito (numa lista de 19 sintomas), mais alto do que o encontrado pelos autores do instrumento para populações clínicas alemãs (sete numa lista de 32)⁶ pode ter ficado a dever-se à necessidade de controlo mais estrito do critério de gravidade do sintoma, aquando do preenchimento, ou a uma maior tendência a reportar sintomas físicos, na população que estudámos. No entanto pode afirmar-se que ao considerar o critério que discrimina os utentes com incapacidade elevada dos restantes, se considera por associação a discriminação segundo o consumo de recursos, apontado como sendo um factor de corroboração da existência de PS. As características psicométricas da escala neste estudo piloto, deverão no entanto ser confirmadas em futuros estudos, utilizando a entrevista clínica como referência padrão dos resultados obtidos com a SOMS-2, em populações portuguesas dos CSP.

A estimativa da prevalência de PS obtida segundo o ponto de corte estabelecido na MINI-SOMS, 22,1%, não é tão restritiva como a obtida com os critérios da DSM-IV-TR (13,9%), como seria de esperar para o âmbito da sua aplicação – cuidados primários de saúde. Note-se, no entanto, que a prevalência de 13,9% referida à sintomatologia da DSM-IV-TR é anormalmente alta em comparação com a encontrada por outros autores em estudos populacionais: sempre abaixo de 1%³⁰. Esta alta prevalência decorre do facto de não terem sido utilizados dois dos critérios requeridos pela DSM-IV-TR, o início antes dos 30 anos e, no caso de haver simultaneamente ataques de pânico, os sintomas somatoformes decorrerem também fora dos ataques de pânico; ao serem aplicados reduzem a prevalência para 4%. Por outro lado, do modo como decorreu o trabalho de campo, fica a impressão de que nesta população não bastará a instrução do cabeçalho, estipulando que apenas devem ser assinalados os sintomas que *afectaram o bem-estar*

Quadro 3 – Caracterização da Perturbação de Somatização (SOMS-2) nos utentes de um centro de saúde urbano

Características da PS (SOMS-2)	PS (n = 27)		Sem PS (n = 95)		RR	IC 95%
	N	%	N	%		
Mais de 7 consultas por esse motivo	9	(33,3)	11	(11,6)	2,9	1,3 a 6,2
O médico encontrou a causa dos sintomas?	16	(59,3)	43	(45,3)	1,3	0,9 a 1,9
Quando o médico disse não haver razão para as queixas – acreditou nele?	14	(51,9)	42	(44,2)	1,2	0,8 a 1,8
Os sintomas afectaram o bem-estar?	25	(92,6)	33	(34,7)	2,7	2,0 a 3,6
Os sintomas afectaram as AVD?	23	(85,2)	32	(33,7)	2,5	1,8 a 3,4
Tomou medicamentos?	23	(85,2)	48	(50,5)	1,7	1,3 a 2,2
Ansiedade moderada ou grave (HADS)	15	(57,7)	16	(16,8)	3,4	2,0 a 6,0
Depressão moderada ou grave (HADS)	7	(26,9)	6	(6,3)	4,3	1,6 a 11,6

do indivíduo, como forma de assegurar que apenas sintomas com alguma gravidade sejam assinalados. Os critérios de gravidade a ter em consideração para assinalar o sintoma, deverão, quanto a nós, ser definidos de uma forma mais estrita e objectiva, especialmente quando se trata de utentes de centros de saúde.

Nenhuma das características sócio-demográficas consideradas estava associada à somatização, embora Hiller et al (2006) tenha encontrado uma maior prevalência em indivíduos com baixa escolaridade, baixo rendimento familiar e do género feminino. Os resultados obtidos referem-se apenas a um estudo piloto com uma amostra de reduzida dimensão e consequentemente um poder estatístico limitado, podendo a evidência surgir aquando da análise do estudo definitivo.

No que se refere à relação significativa entre somatização e ansiedade, os resultados replicam os referidos por Kellner (1990). O facto de a ansiedade (e as perturbações ansiosas) ser mais frequente nos somatizadores do que a depressão sugere que os componentes cognitivos e comportamentais que acompanham a depressão fornecem, apesar de tudo, um sistema simbólico explicativo que permite ao indivíduo *compreender* as suas sensações, o seu estado emocional e os acontecimentos, ainda que depreciativamente deformante (pessimista). Esta hipótese carece de confirmação em estudos posteriores, até porque o risco relativo de um somatizador apresentar depressão^{3,4} é superior ao de apresentar ansiedade^{3,4}, designadamente pelo facto desta última ser mais prevalente na amostra estudada. Tal situação poderá dever-se ao facto de a depressão ser mais facilmente identificável pelos médicos

de família e portanto mais facilmente *referenciável* para os serviços de saúde mental. Pode acontecer ainda que os doentes ansiosos tenham mais dificuldade em seguir a indicação dos seus médicos de família quando os referenciam para aqueles serviços.

CONCLUSÃO

Uma das limitações deste estudo decorre do facto de não ter sido feita a confirmação do diagnóstico das perturbações em estudo, por meio de uma entrevista, mas apenas com base em instrumentos de rastreio. Assim, o poder discriminante de cada sintoma somático foi avaliado em relação ao grau de incapacidade, definido a partir das questões da segunda parte do instrumento. Tratava-se, porém, de um estudo piloto destinado a avaliar a recepção desse instrumento numa amostra dos CSP.

O baixo nível de adesão deve ter sido, em parte, determinado pelo facto de os participantes serem convidados a preencher os questionários numa sala apropriada, mas que os afastava da sala de espera do CS, ficando alguns com receio de perder a consulta, não se tranquilizando com a informação de que os médicos de família estavam a par da realização do estudo. Por outro lado, a sub-representação das mulheres com mais de 65 anos pode dever-se ainda ao analfabetismo característico deste estrato populacional, critério de exclusão do estudo. Apesar da baixa adesão dos utentes e da possível introdução de vieses na hipótese de os aderentes não corresponderem a uma amostra representativa dos utentes, ou mais especificamente dos utilizadores do SNS, os resultados do estudo aconselham

uma maior atenção às perturbações de ansiedade e depressão nos cuidados primários de saúde, dada a sua relação com a somatização, particularmente nas mulheres.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos responsáveis pelo Centro de Saúde Braga I-A Carandá, bem como aos médicos e utentes que colaboraram no estudo. Agradecem igualmente à Prof. Teresa McIntyre a disponibilização da versão da HADS, e do questionário sócio-demográfico utilizados neste 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.

BIBLIOGRAFIA

1. KELLNER R: Somatization – Theories and Research. *J Nervous and Mental Disease* 1990;178(8):150-160
2. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 4ª edição. Climepsi: Lisboa 2000
3. HILLER W, RIEF W, FICHTER MM: Evidence for a Broader Concept of Somatization Disorder Using the Somatic Symptom Index. *Psychosomatics* 1995;36:285-294
4. RIEF W, HEUSER J, MAYRHUBER E, STELZER I, HILLER W, FICHTER MM: The Classification of Multiple Somatoform Symptoms. *J Nervous and Mental Disease* 1996;184:680-7
5. ESCOBAR JI: Developing Practical Indexes of Somatization for Use in Primary Care (Editorial). *J Psychosomatic Res* 1997;42(4):323-8
6. RIEF W, HILLER W: Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *J Psychosom Res* 1999;46:507-518
7. KROENKE K, SPITZER RL, DEGRUY FV: A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics* 1998;39:263-272
8. RIEF W, HESSEL A, BRÄHLER E: Somatization Symptoms and Hypochondriacal Features in General Population. *Psychosomatic Med* 2001;63:595-602
9. 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
10. CREED F: Can DSM-V facilitate productive research into somatoform disorders? *J Psychosom Res* 2006;60:331-4
11. FINK P: The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Med* 1992;22:173-180
12. FINK P, EWALD H, JENSEN J et al: Screening for Somatization and Hypochondriasis in Primary Care and Neurological In-Patients: A Seven-Item Scale For Hypochondriasis and Somatization. *J Psychosom Res* 1999;46(3):261-328
13. NIMNUAN C, HOTOPF M, WESSELY S: Medically unexplained symptoms An epidemiological study in seven specialities. *J Psychosom Res* 2001;51:361-7
14. KROENKE K: Physical symptom disorder: A simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res* 2006;60:335-9
15. FINK P: Somatization – Beyond Symptom Count (Editorial). *J Psychosom Res* 1996;40(1):7-10
16. BARSKY AJ: A Comprehensive Approach to the Chronically Somatizing Patient. *J Psychosom Res* 1998;45:301-6
17. FINK P, ROSENDAL M, OLESEN F: Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Austral N Zealand J Psychiatry* 2005;39:772-781.
18. FAVARELLI C, SALVATORI S, GALASSI F, AIAZZI L, DREI C, CABRAS P: Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;32:24-29
19. ESCOBAR JI, WAITZKIN H, SILVER RC, GARA M, HOLMAN A: Abridged Somatization: a study in Primary Care. *Psychosom Med* 1998;60(4):466-472
20. KIRMAYER LJ, ROBBINS JM, DWORKIND M, YAFFE MJ: Somatization and the recognition of depression and anxiety. *Am J Psychiatry* 1993;150(5):734-741
21. CREED F, BARSKY A: A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res* 2004;56:391-408
22. HENNINGSEN P: Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Med* 2003;65(4):528-533
23. KROENKE K, SPITZER RL, DE GRUY FV et al: Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997;53(4):352-8
24. MARGOT WM, DE WAAL, ARNOLD IA, EEKHOT AH, HEMERT VAM: Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Brit J Psychiatry* 2004;184:470-6
25. MAYOU R, KIRMAYER LJ, SIMON G, KROENKE K, SHARPE M: Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005;162:847-855
26. SHARPE M, MAYOU R, WALKER J: Bodily symptoms: New approaches to classification. *J Psychosom Res* 2006;60:353-6
27. CLARK LA, WATSON D: Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *J Abnormal Psychol* 1991;100(3):316-336
28. GOUVEIA J: Diferenças ao nível do género na adaptação psicossocial a curto prazo no pós-enfarte agudo do miocárdio. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Universidade do Minho. 2004
29. PAIS-RIBEIRO J, SILVA I, FERREIRA T, MARTINS A, MENEZES R, BALTAR M: Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med* 2007;12(2):225-237
30. HILLER W, RIEF W, BRÄHLER E: Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:704-712