

Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica

Somatization in Latin America: a review of the classification of somatoform disorders, functional syndromes and medically unexplained symptoms

Luís Fernando Tófoli¹, Laura Helena Andrade², Sandra Fortes³

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família e Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral, CE, Brasil

² Núcleo de Epidemiologia Psiquiátrica (LIM 23), Instituto de Psiquiatria e Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

³ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Resumo

Objetivo: Os sintomas sem explicação médica são frequentes e estão associados a sofrimento mental em vários contextos. Estudos prévios apontam que as populações latino-americanas são propensas à somatização. Diante da reformulação da Classificação Internacional de Doenças para sua 11ª edição, as particularidades dos nativos desta região do mundo devem ser levadas em consideração. O objetivo deste estudo é prover informações sobre somatização na população latino-americana para a tomada de decisões quanto às categorias diagnósticas ligadas a sintomas sem explicação médica na Classificação Internacional de Doenças-11ª edição. **Método:** Revisão extensa da produção de 1995 a 2011 sobre somatização em populações de origem latino-americana. **Resultados:** A análise dos 106 estudos incluídos nesta revisão foi dividida em 15 categorias: revisões sistemáticas, revisões conceituais, prevalências, atenção primária, depressão e ansiedade, fatores de risco, violência, quadros orgânicos, relacionamento com profissionais e o sistema de saúde, etnia, síndromes ligadas à cultura, síndrome da fadiga crônica, fibromialgia, transtorno dismórfico corporal, e conversão e dissociação. **Conclusão:** Os estudos latino-americanos confirmam a dificuldade na definição categorial de quadros com sintomas sem explicação médica. O suposto “traço somatizador” das culturas latinas pode estar associado mais à expressão cultural e linguística do que a um caráter de natureza étnica, e tais particularidades devem estar na agenda na nova classificação destes fenômenos na Classificação Internacional de Doenças-11ª edição.

Descritores: Transtornos somatoformes; América Latina; Classificação Internacional de Doenças; Psicopatologia; Sintomas

Abstract

Objective: medically unexplained symptoms are common and associated with mental illness in various contexts. Previous studies show that Latin American populations are prone to somatization. Given the reformulation of the International Classification of Diseases towards its 11th edition the peculiarities of the population from this region of the world shall be taken into consideration. The objective of this study is to provide information on somatization in Latin American populations to help the decision making about medically unexplained symptoms diagnostic categories in the 11th edition of the International Classification of Diseases. **Method:** Extensive review of the academic production from 1995 to 2011 on somatization in populations of Latin American origin. **Results:** The analysis of 106 studies included in this review was divided into 15 categories: systematic reviews, conceptual reviews, prevalence, primary care, depression and anxiety, risk factors, violence, organic conditions, relationship with health care, ethnicity, culture-bound syndromes, chronic fatigue syndrome, fibromyalgia, body dysmorphic disorder, and conversion and dissociation. **Conclusion:** The Latin American studies confirm the difficulty in defining medically unexplained symptoms categories. The supposed “somatizing trace” of Latin cultures may be linked more to cultural and linguistic expression than to an ethnic nature, and these peculiarities must be on the agenda for the new classification of these phenomena in the Classification of Diseases-11th edition.

Descriptors: Somatoform disorders; Latin America; International Classification of Diseases; Psychopathology; Symptoms

Correspondência

Luís Fernando Tófoli
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral
Rua Comandante Maurocelio Rocha Ponte, 100
62042-280 Sobral, CE, Brasil
Tel./Fax: (+55 88) 3611-8000
E-mail: tofoli@ufc.br

Introdução

Os sintomas sem explicação médica (SEM, conhecidos em inglês como *medically unexplained symptoms, MUS*) são frequentes e estão associados a sofrimento mental em vários contextos médicos, especialmente na Atenção Primária à Saúde e na população em geral¹⁻⁵. As síndromes somatoformes crônicas são quadros mais estáveis e graves de sintomas SEM definidos pela psiquiatria ou outras especialidades médicas. Estes quadros incluem a maioria dos transtornos somatoformes. Um grupo conhecido como síndromes funcionais é também comumente encontrado na atenção secundária e terciária e está associado a altos custos e incapacitação^{6,7}. Os transtornos mentais comuns (TMC) têm entre seus critérios diagnósticos alguns sintomas somáticos sem origem orgânica, e é comum, especialmente na atenção primária, que sintomas SEM acompanhem quadros de depressão e ansiedade¹⁻⁵.

Os sintomas SEM podem se apresentar de forma muito variada: de conjuntos de poucos sintomas autolimitados a padrões crônicos de apresentação^{8,9}. Neste artigo utilizaremos o termo genérico *somatização* para representar o espectro de entidades nosológicas caracterizados pela presença de sintomas SEM. Ao fazê-lo, não ignoramos a vasta discussão conceitual que distingue estes diversos construtos teóricos e a própria ambiguidade do termo escolhido¹⁰⁻¹². Tomamos, porém, esta decisão com o objetivo de definir um termo que unifique o escopo deste estudo de forma simples e clara: somatização passa ser o fenômeno – ou o conjunto de fenômenos – usado para descrever todos os quadros de sintomas inexplicáveis descritos.

Há evidências de que as populações da América Latina (AL) são propensas à somatização^{2,4,5,13}. A presença de somatização em latino-americanos não parece impedir ou substituir a manifestação de sintomas evidentes de ansiedade e depressão^{13,14} e um importante estudo internacional multicêntrico mostrou maiores tendências para a somatização nos seus dois centros sul-americanos^{2,4}. Também é importante analisar a evidência que descreva a presença e as características, em pacientes sul-americanos, das síndromes somáticas funcionais – como a fibromialgia (FM) e a síndrome da fadiga crônica, que são aproximadas pela literatura aos fenômenos de somatização^{6,7,15,16} – e dos transtornos somatoformes.

Estudar a somatização na AL é, portanto, relevante por sua frequência, por seu caráter particular e pela sua gama de quadros clínicos dos nativos desta região do mundo, que correspondem aproximadamente a 8,5% dos habitantes do planeta¹⁷, sem contar aqueles que migraram para outros países. Como a classificação dos assim chamados transtornos somatoformes é altamente controversa – há até a sugestão de se abolir esta categoria como um todo⁸ –, cada pequena porção de informação é extremamente importante para a revisão de um sistema de classificação global dos transtornos mentais – que é o que se propõe com a 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). Estas informações também são relevantes para a nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais,

a classificação psiquiátrica dos Estados Unidos, um país de diversidade étnica notável e onde mais de 15% da população declara ter origem “hispanica” ou “latina”¹⁸.

No entanto, há uma escassez de estudos neste campo na AL. Assim, faz-se necessário levantar a literatura disponível sobre a somatização nesta região do mundo. Isso poderá oferecer informação de qualidade para os tomadores de decisões quanto à categorização destes quadros nos sistemas classificatórios destinados à psiquiatria e à atenção primária, levando em consideração o caráter mundial e transcultural de tais classificações. Este artigo foi concebido para prover estas informações por meio de revisão de literatura. Nossos esforços visam a auxiliar na definição dos quadros de somatização do CID-11 a fim de alcançar a melhor representatividade para as populações latino-americanas.

Método

Realizamos uma revisão extensa sobre o tema na literatura em inglês, espanhol e português. Entretanto, alguns termos fundamentais para estes fenômenos (incluindo o termo MUS) não estão listados como *Medical Subject Headings* (MeSH) ou *Descritores em Ciência da Saúde* (DeCS). Uma combinação de estratégias de busca utilizando *descritores/headings* estabelecidos e outros termos foi necessária. Utilizamos os seguintes termos de pesquisa:

- Palavras-chave MeSH/DeCS: *transtornos somatoformes, transtorno dismórfico corporal* (TDC), *transtorno de conversão, hipocondria, neurastenia, fibromialgia, síndrome da fadiga crônica*.
- Outros termos importantes: *síndromes somáticas funcionais* ou *síndromes funcionais, somatização, sintomas inexplicáveis ou sintomas sem explicação médica*.

As bases de dados de periódicos utilizadas foram Medline, LILACS e SciELO. Uma vez que uma parte considerável da literatura médica na AL está restrita a dissertações e teses, realizamos buscas nas bases de dados de teses e dissertações mais relevantes desta região: Banco de Teses da CAPES (Brasil), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (Brasil), Cyberthesis (universidades da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Peru e Venezuela) e os bancos de teses e dissertações de duas universidades mexicanas: Universidad de las Américas Puebla e Universidad Nacional Autónoma de México.

Foram incluídos os estudos que estivessem dentro de um conjunto de requisitos, após a leitura dos títulos e, quando disponíveis, dos resumos: 1) relevância para a psicopatologia, classificação, diagnóstico e/ou evolução de somatização e fenômenos sem explicação médica; 2) amostras ou populações da AL, e 3) publicação entre 1995 e 2011.

Após a recuperação dos estudos usando os critérios acima, foram excluídas as produções acadêmicas nas seguintes condições: 1) estudos de avaliação clínica; 2) estudos de revisão geral informativa sobre o tema (foram mantidas as revisões sistemáticas e as revisões conceituais críticas); 3) estudos centrados em mecanismos psicodinâmicos exclusivamente

(sem relevância para a classificação); 4) relato de casos sem discussão crítica; 5) estudos com crianças e adolescentes; 6) estudos sobre instrumentos e intervenções de tratamento, exceto quando trouxeram informações sobre questões psicopatológicas e prevalências, 7) estudo de custos; e 8) impossibilidade de acesso a, no mínimo, um resumo que expusesse satisfatoriamente os resultados.

Resultados

A revisão das publicações sobre a questão das queixas médicas sem explicação e dos transtornos somatoformes originária em países ou populações originárias da AL revelou particularidades desses quadros nessa região e também aspectos específicos

da compreensão desses fenômenos e do posicionamento dos pesquisadores dessa região em relação às controvérsias que envolvem a classificação destes quadros. Pela natureza desta revisão, de foco geográfico, o conjunto de estudos resultante foi muito heterogêneo. Para facilitar sua análise, a produção (106 itens) foi classificada em categorias, cujos resultados serão comentados a seguir e que estão dispostas na Tabela 1.

1. Revisões sistemáticas¹⁹⁻²³

As revisões sistemáticas apontam para uma grande dificuldade nos estudos desses transtornos: a presença de diferentes definições dos conceitos relativos ao processo de somatização quanto aos critérios e categorização dos quadros clínicos^{19,21}. Este é um ponto

Tabela 1 - Publicações incluídas na revisão sistemática sobre sintomas sem explicação médica e somatização na América Latina

Tipos de estudos	Publicações
Revisões sistemáticas	Coelho & Ávila, 2007 ¹⁹ ; Escobar, 1995 ²⁰ ; Guedes et al., 2008 ^{*21} ; Tamayo et al., 2007 ²² ; Tamayo et al., 2005 ^{*23}
Revisões conceituais (inclui estudos sobre classificações anteriores e relatos de caso)	Bombana et al., 1997 ²⁴ ; Bombana, 2000 ²⁵ ; Bombana, 2006 ²⁶ ; Busnelo et al., 1999 ²⁷ ; Espírito Santo et al., 2004 ^{*28} ; Florenzano et al., 2002 ²⁹ ; Fonseca et al., 2008 ³⁰ ; Lizardi et al., 2009 ^{*31} ; Quintana et al., 2007 ³² ; Ruiz, 1998 ³³ ; Zorzanelli, 2010 ^{*34}
Estudos de prevalência sobre somatização em diferentes níveis assistenciais e na comunidade	Almeida-Filho et al., 1997 ³⁵ ; Andrade et al., 2002 ³⁶ ; Banegas et al., 2003 ³⁷ ; Canino et al., 1997 ^{*38} ; Cherry & Rost, 2009 ³⁹ ; Costa et al., 2007 ⁴⁰ ; Coutinho et al., 1999 ⁴¹ ; Gonçalves & Kapczinski, 2008a ⁴² ; Martins, 2007 ⁴³ ; Rondon, 1995 ^{*44} ; Tófoli, 2004 ⁴⁵
Estudos epidemiológicos de saúde mental em atenção primária	Florenzano et al., 1997 ⁴⁶ ; Fortes, 2004 ^{*47} ; Fortes et al., 2008 ^{*48} ; Gonçalves & Kapczinski, 2008b ⁴⁹ ; Morales, 2009 ⁵⁰ ; Ramirez, 2009 ⁵¹ ; Schade et al., 2010 ⁵² ; Villano, 1998 ⁵³
Estudos sobre a associação entre depressão e ansiedade	Betancur et al., 2008 ^{*54} ; Castilla-Puentes et al., 2008 ^{*55} ; Escobar et al., 2010 ^{*56} ; Fortes, 2004 ^{*47} ; Fortes et al., 2008 ^{*48} ; Gonzalez et al., 2009 ⁵⁷ ; Taborada, 1996 ⁵⁸ ; Tamayo et al., 2005 ^{*23}
Estudos de fatores de risco	Andrade et al., 2009 ⁶⁰ ; Bezerra, 2002 ⁶¹ ; Illanes et al., 2002 ⁵⁹ ; Silva & Queiroz, 2006 ⁶² ; Vera et al., 2006 ⁶³ ; Castillo, 1995 ⁶⁴
Estudos sobre associação com violência	Almeida, 2001 ^{*66} ; Almeida, 2008 ^{*67} ; Barthauer & Leventhal, 1999 ⁶⁸ ; Castro et al., 2005 ^{*69} ; Florenzano et al., 2002 ⁷⁰ ; Florenzano et al., 2002 ⁷¹ ; Hazen et al., 2008 ⁷² ; Ulibarri et al., 2009 ⁷³ ; Weil et al., 2004 ⁷⁴
Estudos sobre a associação entre transtornos mentais e quadros orgânicos	Almeida, 2001 ^{*66} ; Almeida, 2008 ^{*67} ; Andrade et al., 2010 ⁶⁵ ; Castilla-Puentes et al., 2008 ^{*55} ; Fráguas et al., 2009 ⁷⁵ ; Fullerton et al., 2000 ⁷⁶ ; Rondon, 1995 ^{*44}
Estudos sobre a relação com profissionais ou o sistema de saúde	Betancur et al., 2008 ^{*54} ; Gonçalves et al., 2011 ⁷⁷ ; Guedes et al., 2008 ^{*21} ; Souza, 1998 ⁷⁸ ; Silva & Queiroz, 2006 ⁶²
Estudos sobre o impacto da “etnia” latina na somatização	Bzostek et al., 2007 ⁷⁹ ; Canino et al., 1997 ^{*38} ; Diefenbach et al., 2004 ⁸⁰ ; Escobar et al., 2010 ^{*56} ; Hulme, 1996 ^{*81} ; Interian et al., 2006 ⁸² ; Keough et al., 2009 ^{*83} ; Lizardi et al., 2009 ^{*31} ; Oltjenbruns, 1998 ⁸⁴ ; Villaseñor & Waitzkin, 1999 ⁸⁵ ; Weller et al., 2002 ^{*86} ; Zhang & Snowden, 1999 ⁸⁷
Estudos sobre questões culturais e síndromes ligadas à cultura	Bayles & Katerndahl, 2009 ⁸⁸ ; Castro & Eroza, 1998 ⁸⁹ ; Hinton et al., 2008 ⁹⁰ ; Hulme, 1996 ^{*81} ; Interian et al., 2005 ⁹¹ ; Keough et al., 2009 ^{*83} ; Lizardi et al., 2009 ^{*31} ; Oths, 1999 ⁹² ; Pedersen et al., 2010 ⁹³ ; Piñeros et al., 1998 ⁹⁴ ; Weller et al., 2002 ^{*86}
Síndrome da fadiga crônica	Cho et al., 2008a ⁹⁵ ; Cho et al., 2008b ⁹⁶ ; Cho et al., 2009 ⁹⁷ ; Clark, 2001 ^{*98} ; Torres-Harding et al., 2008 ⁹⁹ ; Zorzanelli, 2010 ^{*34}
Fibromialgia	Assumpção et al., 2009 ¹⁰¹ ; Camacho, 1999 ¹⁰² ; Castro et al., 2005 ^{*88} ; Clark, 2001 ^{*98} ; Couto et al., 2008 ¹⁰³ ; Ferreira, 1998 ¹⁰⁴ ; Helfenstein & Feldman, 2002 ¹⁰⁴ ; Hernández, 1997 ¹⁰⁵ ; Leitão, 2009 ¹⁰⁶ ; Marques et al., 2001 ¹⁰⁷ ; Martinez et al., 1995 ¹⁰⁸ ; Martinez et al., 2001 ¹⁰⁹ ; Martinez et al., 2003 ¹¹⁰ ; Pagano et al., 2004 ¹¹¹ ; Vidal et al., 1997 ¹¹³ ; Yoshikawa et al., 2010 ¹¹⁵
Transtorno dismórfico corporal	Assunção et al., 2009 ¹¹⁶ ; Calderón et al., 2009 ¹¹⁷ ; Conrado, 2008 ¹¹⁸ ; Conrado et al., 2010 ¹¹⁹ ; Fontenelle et al., 2006 ¹²⁰ ; Mathis et al., 2008 ¹²¹ ; Nakata et al., 2007 ¹²²
Conversão e dissociação	Espírito Santo et al., 2004 ^{*28} ; Espírito Santo & Pio-Abreu, 2007 ¹²³ ; Varela et al., 1996 ¹²⁴

As referências marcadas com um asterisco (*) pertencem a mais de uma categoria de tipo de estudo.

central dos estudos nessa área: as grandes contradições e diferenças nas definições e a falta de uma uniformidade em relação ao que significa realmente somatizar e aos transtornos que envolvem esse processo. Há também outros problemas centrais presentes na discussão da questão da somatização e seus quadros clínicos associados em população latino-americana: a forte interferência dos aspectos culturais nos quadros clínicos dos transtornos dissociativos e somatoformes²⁰ e a intensa associação de queixas somáticas com depressão²².

2. Revisões conceituais²⁴⁻³⁴

Dentro dos estudos selecionados, alguns se dedicaram especificamente a abordar a questão central das dificuldades conceituais. Florenzano et al., em sua revisão desses quadros, apontaram para algumas questões centrais: associação com ansiedade e depressão e com histórias de violência, maus-tratos, abusos e sofrimento psicossocial²⁹. Fonseca et al. também reforçaram a relação das queixas somáticas sem explicação com o sofrimento emocional, TMC e com os problemas psicossociais, apontando a ausência de atendimento adequado a esses pacientes e a necessidade de que os profissionais possam criar espaços de cuidado³⁰. O espaço fronteiriço entre o físico e o psíquico no qual se localizam esses quadros e a dificuldade de estruturar adequadamente o cuidado nessa fronteira foram também analisados por Zorzanelli ao discutir a relação entre os conceitos de fadiga crônica e de neurastenia³⁴, e por Bombana, ao discutir a relação entre transtornos somatoformes e as síndromes funcionais²⁶.

Alguns desses trabalhos mais conceituais se apoiam em relatos de casos para introduzir os questionamentos e apontar pontos críticos dos conceitos envolvendo os quadros de somatização. Ruiz apontou o papel dos aspectos culturais na gênese e tratamento dos transtornos mentais e a importância das queixas somáticas na apresentação desses transtornos na cultura latina³³. Lizardi et al., também a partir de um caso clínico colombiano, aprofundaram a discussão conceitual relativa ao papel da cultura na forma de manifestação do sofrimento psíquico, que pode gerar a presença de quadros referidos como síndromes ligadas à cultura, mas que, na verdade, são manifestações que se correlacionam com várias categorias nosológicas, demonstrando a necessidade de que as manifestações culturais sejam compreendidas nos contextos culturais em que surgem³¹. Outros artigos também se apoiam em relato de casos para discutir as dificuldades existentes na abordagem, diagnóstico e cuidado a esses pacientes que se situam na fronteira entre o somático e o psíquico^{25,28}. Bombana, baseando-se também na descrição de casos, apontou, porém, para a existência de quadros graves que se situam em um extremo desse continuum e que necessitam de atendimento em um ambulatório brasileiro especializado^{25,26}.

Outra forma encontrada de se estudar os pacientes de somatização foram análises das classificações diagnósticas existentes. Todos estes estudos foram provenientes do Brasil. Entre eles, encontramos um estudo que avalia pacientes diagnosticados com distonia

neurovegetativa (DNV), uma categoria da CID-9, que demonstrou que quando médicos generalistas brasileiros diagnosticavam casos com essa síndrome genérica, eles estavam lidando, de fato, com um conjunto de diversas patologias psiquiátricas²⁴.

Os estudos realizados utilizando as classificações existentes de somatização segundo a psiquiatria confirmaram as dificuldades envolvendo esses diagnósticos, tanto no que tange à confiabilidade entre avaliadores quanto à adequação dos instrumentos, com baixa sensibilidade para a detecção dos transtornos somatoformes^{27,32}.

3. Estudos de prevalências³⁵⁻⁴⁵

Um estudo de prevalência de transtornos mentais em domicílios de São Paulo, Brasil, que utilizou como instrumento diagnóstico o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), apontou prevalências relativamente altas na categoria dos transtornos somatoformes, em especial o transtorno da dor somatoforme, embora os quadros mais prevalentes, em geral, tenham sido os dos transtornos de ansiedade³⁶. Em uma amostra populacional de idosos residentes em um pequeno município, os transtornos somatoformes foram incomuns, embora, nessa população, haja sempre maior risco de erro de atribuição pelo respondente⁴⁰. O predomínio de transtornos ansiosos e depressivos – muitas vezes apresentados sob a forma de sintomas físicos na população comunitária – tem sido muitas vezes pesquisado por meio de denominações genéricas, como transtornos mentais comuns. Gonçalves e Kapczinski detectaram prevalências de cerca de 38% em uma comunidade brasileira⁴². Em um estudo que investigou vertentes categoriais e dimensionais dos sintomas SEM em população comunitária em São Paulo, Brasil, Tófoli não encontrou evidência que justificasse o uso de qualquer categorização, reforçando a concepção da somatização como um espectro, sem agrupamentos específicos de conjuntos de sintomas⁴⁵. Em Tegucigalpa, México, utilizando-se o *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD) como instrumento de detecção, as prevalências de transtorno somatoformes chegaram a 21% (embora a amostra fosse pequena, 100 indivíduos)³⁷. A alta prevalência de somatização na população latino-americana foi confirmada em estudo comunitário em Porto Rico, onde foi detectada prevalência maior que nos restante dos Estados Unidos, com a presença de comorbidade do uso problemático de álcool com somatização³⁹.

4. Estudos epidemiológicos de saúde mental em atenção primária⁴⁶⁻⁵³

Os estudos epidemiológicos realizados em unidades de atenção primária foram analisados em separado em nosso trabalho pelos seguintes motivos: as queixas somáticas SEM são particularmente frequentes nesses contextos. Entretanto, os estudos realizados abordam a questão dos transtornos mentais nesse nível assistencial por meio de instrumentos mais sensíveis, com menor especificidade nos diagnósticos. Assim sendo, todos os quatro estudos encontrados revelam alta prevalência de TMC, que normalmente caracterizam-se pela presença de queixas somáticas. Três estudos foram encontrados no período estudado que detalharam mais a

presença de transtornos somatoformes nessa clientela - dois no Brasil^{47,48,53} e um no Chile⁴⁶. Dois destes trabalhos fizeram parte de um estudo multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS), revelando prevalências mais altas de depressão e/ou ansiedade, uma presença significativa de transtornos dissociativo-conversivos e transtornos somatoformes de dor nessas populações, e uma alta comorbidade desses quadros com transtornos ansiosos e depressivos^{46,53}. Vale ainda comentar um estudo que, embora voltado para o tratamento, apresenta características de somatizadores chilenos na atenção primária⁵², e dois estudos mexicanos de perfil de somatizadores neste nível de atenção, que confirmam as características e prevalências encontradas em outras amostras latino-americanas^{50,51}.

5. Estudos sobre a associação com depressão e ansiedade^{23,47,48,54-58}

A associação de queixas somáticas SEM com a presença de quadros de depressão e ansiedade tem sido demonstrada em vários estudos mundiais. Betancur et al. demonstraram essa forte associação em estudo na Colômbia⁵⁴. Escobar et al. apontaram que em populações latinas nos Estados Unidos, apresentar sintomas SEM indicaria risco para presença de transtornos depressivos e ansiosos⁵⁶. No México, a severidade de sintomas somáticos se associou com a presença de depressão e ansiedade⁵⁷. Essa ligação também foi demonstrada em estudo sobre a associação de queixas somáticas com depressão em Porto Rico⁵⁹. Um estudo multicêntrico realizado em emergências latino-americanas demonstrou uma associação independente da depressão com queixas de fadiga crônica e dores nas costas, que são comumente associadas a síndromes funcionais⁵⁵.

6. Estudos de fatores de risco⁵⁹⁻⁶⁴

Outra importante área de estudo é a que busca conhecer os fatores de risco para a presença de transtornos mentais associados à somatização ou para a somatização em si. No Nordeste do Brasil, um estudo indicou associação do risco de ansiedade e depressão com o gênero feminino, faixa etária de 40 a 65 anos e ocupação com afazeres domésticos⁶⁰. Em três grandes cidades brasileiras, um relevante estudo sobre morbidade psiquiátrica menor revelou também associação com o gênero feminino⁴¹. A somatização também se encontrou associada a doenças orgânicas em um estudo populacional na cidade de São Paulo⁶⁵, a determinados tipos de trabalho – como, em estudo na Amazônia brasileira, a ser pescador⁶¹ – e a fatores psicossociais, como educação e renda em Temuco, cidade de porte médio do Chile⁵⁹. Estudos qualitativos como o de Silva e Queiroz⁶² demonstraram uma relação entre queixas físicas, migração e problemas econômicos e sociais no Sudeste do Brasil. Um estudo com mineiros chilenos confirmou a associação de sintomas físicos com fatores psicossociais e insatisfação laboral⁶³. Resumindo, verifica-se que são quadros mais frequentes em mulheres, em pessoas de baixa renda e escolaridade, dificuldades laborativas ou donas de casa. Muitas vezes essas queixas requerem um diagnóstico diferencial com doenças crônicas

como patologias, cardiovasculares e respiratórias, com quem se encontram associadas, complicando o cuidado adequado.

7. Estudos sobre associação com violência⁶⁶⁻⁷⁴

Um fator de risco associado à presença de queixas somáticas SEM particularmente importante é a violência. Essa associação se relaciona à presença de TMC, em especial a depressão^{66,67,72-74}, o transtorno de estresse pós-traumático⁷⁴, queixas somáticas SEM^{66,67,72-74}, FM⁶⁹, e a presença de transtorno de personalidade emocionalmente instável (*borderline*)^{70,71}. Essa associação é encontrada na presença de vários tipos de violência na história de vida – física, psicológica, abuso sexual, e associada a outros tipos de trauma, tal como a violência mais ampla, comunitária, presente em situações de guerra, onde esses efeitos são ampliados – e em uma gama continental de países, como Brasil, Chile, El Salvador, Guatemala, México e em mulheres latinas na Califórnia. Destacam-se a violência na infância por familiares próximos ou, recente, pelo parceiro. É importante ressaltar a presença de um estudo mexicano apontando uma capacidade limitada do suporte social em aliviar o impacto dessas formas de violência no surgimento de depressão e somatização⁷³.

8. Estudos sobre a associação entre transtornos mentais e quadros orgânicos^{65-67,75,76}

A associação de queixas somáticas inexplicáveis e transtornos somatoformes com doenças orgânicas foi também demonstrada. Fráguas et al., estudando um grupo de pacientes com dor torácica não cardíaca em uma unidade quaternária em São Paulo, demonstraram que esses pacientes apresentavam principalmente depressão, embora somatização também tenha sido detectada – ainda que a amostra seja excessivamente pequena: 18 pacientes⁷⁵. Almeida, em dois estudos, evidenciou altas taxas de somatizadores em dois ambulatorios gerais de dor do Rio de Janeiro, Brasil^{66,67}. Fullerton et al. encontraram na atenção primária chilena que 66% dos pacientes com doenças orgânicas tinham comorbidade com transtornos mentais, sendo que 25% dos casos eram quadros somatoformes⁷⁶. Um estudo em um ambulatório de cardiologia no Centro-Oeste brasileiro destacou que a prevalência de transtornos somatoformes varia muito segundo os critérios e os pontos de corte de número de sintomas utilizados para a definição, estando esse número associado a uma maior ou menor detecção pelo não especialista⁴⁴.

9. Estudos sobre a relação com profissionais ou o sistema de saúde^{21,54,62,77,78}

Guedes et al. comentaram, em uma revisão sistemática sobre sintomas vagos e difusos, a respeito da dificuldade por parte dos médicos em estabelecer diagnósticos e utilizar recursos terapêuticos eficazes diante de tais quadros²¹. Dois estudos qualitativos brasileiros revelaram o desencontro entre as visões de pacientes que somatizam e seus médicos^{62,78}. Além disso, dois estudos indicaram dificuldades de profissionais médicos na identificação de sintomas físicos: médicos de família no Brasil apresentaram baixa

deteção de quadros SEM⁷⁷ e psiquiatras porto-riquenhos tiveram dificuldade em identificar queixas físicas de pacientes deprimidos²³.

10. Estudos sobre o impacto da “etnia” latina na somatização^{31,38,56,79-87}

Há achados que apontam na direção da noção praticamente estabelecida de que latino-americanos têm uma tendência para apresentar mais sintomas de somatização, por exemplo: maior prevalência de somatização e menor uso de álcool em Porto Rico³⁸; associação entre ansiedade, “nervos” e sintomas somáticos em idosos, também em Porto Rico⁶²; e maior pontuação em escalas de somatização associada a luto em população de origem hispânica nos Estados Unidos⁸⁴. Hulme afirma, após relatar que a forma e o conteúdo dos transtornos mentais são modificados pela cultura e que a expressão de sofrimento psicossocial é formada, em grande parte, pelos valores culturais e crenças, que os “hispânicos” são mais propensos a somatizar que anglos quando enfrentando distúrbios psicossociais ou sofrimento psicossocial⁸¹. É importante notar, no entanto, que também há estudos comparativos na própria população norte-americana que não apresentam resultados desse tipo, como um estudo de amostras domiciliares no qual “hispânicos” não tiveram diferença quanto à somatização em relação aos “brancos não-hispânicos”⁸⁷. Além disso, um estudo questionou a importância deste traço somatizador latino-americano; seus autores sugeriram que diferenças de linguagem e nível socioeconômico são muito mais importantes nas diferenças encontradas em estudos norte-americanos⁷⁹. Já o estudo de Villaseñor e Waitzkin demonstrou, a partir da análise aprofundada de pacientes latinos diagnosticados pelo CIDI como somatizadores, que o instrumento pode interpretar como categoria psiquiátrica condições ligadas a expressões culturais latino-americanas e barreiras financeiras⁸⁵. No mesmo sentido, um estudo sobre o instrumento *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15) indicou um comportamento distinto do questionário diante de indivíduos latinos e não latinos⁸².

11. Estudos sobre questões culturais e síndromes ligadas à cultura^{31,81,83,86,88-94}

A literatura sobre síndromes ligadas à cultura (SLC) encontradas na AL registra um conjunto de quadros que se sobrepõem, nessa população, aos fenômenos de somatização⁹¹. Por exemplo, um número que chega a 42% dos pacientes hispânicos em cuidados primários no Texas referiu ter tido pelo menos uma de cinco SLCs (*susto*, *empacho*, *nervios*, *mal de ojo*, e *ataques de nervios*)⁸⁸. Estas supostas síndromes podem ser entendidas na literatura, em geral, dentro de duas vertentes (não mutuamente excludentes): uma de caráter mais psicossocial, como forma de elaborar o sofrimento diário e os valores do paciente^{31,89,93}; e outra como a tradução de tendências psiquiátricas clássicas, como a ansiedade e o pânico, por meio de um filtro cultural^{83,90,91}. Um estudo afirma que, nas culturas latino-americanas, também as crises dissociativas e conversivas podem ser formas culturalmente sancionadas de manifestação de sofrimento psíquico⁹⁴. Além disso, as supostas SLCs latino-americanas podem ser mais sutis do que se percebe.

Por exemplo, o *susto* pode ser descrito de forma qualitativamente diferente, a depender da região estudada⁸⁶. Há também evidências de que a síndrome de *nervios* pode ser diferenciada de ataques de pânico, e que esta não é exclusiva das culturas latinas⁸³.

Também selecionamos estudos sobre quadros clínicos específicos que estão relacionados aos transtornos somatoformes e à presença de queixas somáticas SEM. Dentre eles, destacam-se os seguintes estudos latino-americanos:

12. Síndrome da fadiga crônica^{34,95-99}

Os estudos sobre fadiga crônica desenvolvidos no Brasil e no Reino Unido demonstram aspectos interessantes do impacto dos fatores culturais na presença dessa síndrome. Cho et al. demonstraram que, embora a prevalência desse quadro seja comparável (e pequena) em amostras brasileiras e britânicas de usuários da atenção primária⁹⁷, o padrão de detecção e reconhecimento da patologia por médicos e pacientes é diferente, sendo a síndrome da fadiga crônica menos reconhecida no Brasil⁹⁶. Além disso, os pacientes dos dois países estudados apresentavam diferentes padrões de atribuição causal aos seus sintomas, sendo que a população inglesa apresentava restrições a considerar uma origem emocional para seus problemas⁹⁵. Em um estudo norte-americano, a diferença cultural produzida pela aculturação depois da migração também se reflete em uma maior frequência de síndrome da fadiga crônica entre os migrantes que se comunicam pela língua inglesa do que os falantes de espanhol⁹⁹. Esse padrão diferente de apresentação e compreensão da origem dos sintomas médicos inexplicáveis da fadiga crônica encontrados no Brasil e na população latino-americana pode estar correlacionado a diferentes padrões de comportamento de doente dessas populações. É também digna de nota a presença de dois artigos, um brasileiro³⁴ e um chileno¹⁰⁰, que discutem a definição da síndrome em si, sua origem histórica e sua relação com a antiga definição de neurastenia. O forte impacto da cultura nas formas de apresentação e na detecção dessa patologia reforçam os questionamentos sobre a origem e a identidade das queixas somáticas inexplicáveis, em especial a fadiga, e sua adequada classificação.

13. Fibromialgia (FM)^{68,98,101-112}

Os estudos sobre FM encontrados apresentam resultados bastante semelhantes entre si, situando-se em três linhas de investigação: estudos epidemiológicos, estudos de fatores associados e estudos sobre o impacto na vida dos seus portadores. Os estudos epidemiológicos demonstram prevalência de 4,4% em pacientes atendidos em atenção primária¹⁰¹ e que as pacientes com FM brasileiras não diferem daquelas estudadas em outros países¹¹⁰. Quanto aos fatores associados, demonstrou-se que a FM se associou com estresse na Colômbia¹⁰² e abuso na Guatemala⁶⁸. Quanto aos transtornos mentais, demonstrou-se que a FM associa-se principalmente à ansiedade¹¹¹, mas também com depressão, sendo nesse caso maior o comprometimento funcional^{68,103,104,113}, em estudos no Brasil, Peru e Guatemala. Como se percebe também fora da AL, a FM está associada à presença de outras síndromes

funcionais em dois estudos guatemaltecos^{68,105}. Quanto ao impacto, seus pacientes apresentam grande comprometimento da qualidade de vida em estudos brasileiros^{107,109,111} e um importante componente psicológico na sua dor em artigo colombiano¹¹⁴. Estudo com homens brasileiros revela que a FM tem maior impacto na qualidade de vida do que a depressão; este impacto se dá tanto na saúde física quanto na mental¹¹⁵.

14. Transtorno dismórfico corporal (TDC)¹¹⁶⁻¹²²

Os estudos realizados na AL sobre os tipos de transtorno dismórfico corporal caracterizam-se por se inserirem em uma de duas linhas de pesquisa: analisar a inserção dessas patologias no espectro do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ou estudar sua prevalência em pacientes com patologia dermatológica. Quanto à prevalência de TDC em pacientes dermatológicos, duas produções brasileiras e outra chilena mostraram percentuais consideráveis, comparáveis aos estudos anglo-saxões e europeus¹¹⁷⁻¹¹⁹. A produção observada no primeiro tema – oriunda somente do Brasil – reforça a associação entre TDC e TOC^{116,120-122}. Podemos afirmar que, do ponto de vista de pesquisadores dessa área na AL, o TDC é uma patologia que estará mais corretamente classificada junto ao espectro do TOC do que dos transtornos somatoformes.

15. Transtornos conversivos e dissociativos^{28,123,124}

Foram encontrados poucos estudos específicos sobre esse tema que se enquadrassem em nossos critérios. Dois deles se relacionam a características clínicas envolvidas nas classificações desses quadros^{28,124}. O estudo de Espírito Santo discutiu a associação da conversão com a dissociação através da análise de mecanismos psicopatológicos de base, o que questiona sua separação nas classificações nosológicas¹²³. Dentro de uma linha de estudos fenomenológicos, Varella investigou a presença do sintoma da *belle indifférence* nos quadros dissociativos, concluindo que este está presente em uma percentagem pequena (20%) dos casos¹²⁴.

Discussão

É importante comentar que foi encontrado um número razoável de artigos que descrevem quadros de somatização no formato de revisões que não foram incluídos neste trabalho. A maioria deles está centrada, em primeiro lugar, na descrição dos quadros e, a seguir, em seu tratamento. Eles são instrumentos de divulgação e conscientização. Embora esses artigos não aprofundem a discussão sobre o fenômeno da somatização na AL, eles são importantes por promoverem conscientização sobre a somatização, além de possibilitarem a divulgação da ideia de que tais quadros podem – em especial os transtornos somatoformes e as síndromes funcionais – devem ser detectados e tratados. Outro ponto importante a se destacar, na maioria dos artigos que versa sobre o tema, tendo sido incluídos ou não, é a dificuldade envolvida na classificação. É bastante apontada a dificuldade para se delimitar o fenômeno da somatização, a inadequação das classificações e as dificuldades para a compreensão e manejo dos pacientes com estes quadros

clínicos dentro do modelo tradicional de compreensão do processo de saúde e doença. A seguir, comentaremos alguns pontos que se destacaram nos estudos incluídos nesta revisão.

As queixas somáticas SEM são muito frequentes na população latina e se associam às síndromes ansiosas e depressivas. Em geral, os estudos com populações de origem latina revelam uma maior frequência dessas queixas do que em outras populações. É notável a dificuldade de uma delimitação precisa dos sintomas apresentados em quadros nosológicos específicos, podendo ser detectados mais de um quadro clínico associado. Isso se confirma também para as síndromes funcionais, nas quais a associação com ansiedade e depressão é frequente, assim como entre os diversos sintomas e subtipos de síndromes.

De uma forma geral, os sintomas e quadros SEM estão fortemente associados a fatores sociais e ao sofrimento psicossocial vinculado a situações de pobreza, baixa escolaridade, condições de trabalho e em especial à presença da violência em suas múltiplas formas.

Os sintomas somáticos SEM podem ser considerados como uma forma cultural de apresentação desse sofrimento emocional, constituindo-se em padrões aceitos, verdadeiras linguagens de sofrimento (*idioms of distress*) particulares dessa cultura e dessa população. Isso é reforçado nos estudos sobre as diversas síndromes ligadas à cultura, que vezes se organizam em diversos tipos e subgrupos, mas que não se caracterizam nem como síndromes específicas distintas das classificações nosológicas tradicionais, nem como quadros semelhantes às categorias existentes. Na verdade, a evidência atual parece indicar que se trata de padrões culturais de comunicação de um sofrimento emocional geral e difuso que transcende classificações específicas – e por isto estariam pouco adequados a receber rótulos que os destacassem dentre as demais categorias psiquiátricas. Além disso, um estudo demonstrou, em população brasileira, que a somatização se apresenta como um traço geral, sem agrupamentos específicos de sintomas⁴⁵.

Essa determinação cultural da forma de expressar, entender, reconhecer e diagnosticar o sofrimento emocional fica especialmente bem caracterizada nos estudos sobre fadiga crônica comparativos entre as populações brasileira e britânica realizados por Cho et al.⁹⁵⁻⁹⁷. Embora semelhantes em frequência, as queixas de fadiga nas duas populações são entendidas de forma diferente nas duas culturas, tanto por pacientes como por profissionais, levando a padrões de tratamento bastante distintos.

Optamos, por fim, em destacar que a posição dos pesquisadores brasileiros sobre os TDC é que estes se constituem em patologias do espectro obsessivo-compulsivo, muito mais do que em transtornos somatoformes.

Este estudo apresenta limitações. O banco de dados utilizado não foi o mais extenso possível (não incluímos as bases PsychInfo e EMBASE). Entretanto, vale comentar que a revisão foi feita nas bases mais usadas e consultadas na AL. Como outra limitação, deve-se comentar que a categorização dos artigos foi complexa e alguns acabaram por ser inseridos em mais de uma categoria, refletindo dificuldades da própria pesquisa nesse tema, onde muitas publicações são mais genéricas e descritivas. Ainda assim, optou-se por incluir a literatura mais ampla de forma a maximizar

as possíveis visões dos fenômenos relacionados à somatização conforme percebida pelos autores latino-americanos.

Conclusão

Entender e classificar esse sofisticado processo envolvendo mente e corpo através dos quais o sofrimento humano se manifesta, de forma a que as melhores alternativas de cuidado possam ser implementadas, ainda é uma tarefa a ser realizada.

Esta revisão pode trazer algumas contribuições para o atual processo de revisão dos sistemas diagnósticos. Concluímos, assim, apontando algumas reflexões direcionadas a contribuir nas discussões que irão sedimentar a seção de transtornos mentais e do comportamento da CID-11:

1) As altas prevalências de somatização em latino-americanos podem revelar diferenças culturais, linguísticas e de atribuição, recomendando cuidado quanto à validação transcultural de instrumentos de diagnóstico e pesquisa. Desenhos similares aos do estudo de Villaseñor e Waitzkin podem ser usados para verificar a validade das categorias de somatização definidas por instrumentos padronizados ou notas de corte de escalas⁸⁵.

2) Não há evidências que justifiquem a inclusão das síndromes ligadas às culturas latino-americanas – que são ricas em sintomas SEM – como categorias diagnósticas distintas. Elas parecem ser linguagens de sofrimento culturalmente sancionadas que podem ser usadas tanto na presença de diversas categorias psiquiátricas, quanto para expressar sofrimento psíquico sem diagnóstico de transtorno mental.

3) Os dados latino-americanos sobre quadros de somatização indicam que fatores psicossociais estão associados a diversas categorias SEM. A nova classificação internacional de transtornos mentais deve considerar o impacto destes fatores e incorporá-los na classificação. Não há evidências que permitam afirmar, a partir dos dados latino-americanos, se a melhor opção é a adoção de eixos como no DSM, a adição de dígitos no código CID-11 ou a utilização de códigos para os fatores que influenciam a saúde e o uso de serviços como os que estão dispostos no capítulo XXI (Z00 a Z99) da CID-10.

4) É necessário examinar com critério rigoroso propostas que sugiram critérios diagnósticos para síndromes de somatização baseados somente na contagem de sintomas. A da tendência de indivíduos de origem latino-americana a relatarem mais sintomas SEM pode afetar a confiabilidade deste tipo de categoria.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
Luis Fernando Tófoli	UFC	-	-	-	-	-	-
Laura Helena Andrade	IPq-HC-FMUSP	-	-	-	-	-	-
Sandra Fortes	UERJ	-	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: UFC = Universidade Federal do Ceará; IPq-HC-FMUSP = Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; UERJ = Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Mais informações, consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London, New York: Tavistock/Routledge; 1992.194p.
- Üstun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1995.
- Piccinelli M, Rucci P, Ustun B, Simon G. Typologies of anxiety, depression and somatization symptoms among primary care attenders with no formal mental disorder. *Psychol Med*. 1999;29(3):677-88.
- 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(7):989-95.
- Isaac M, Janca A, Burke KC, Costa e Silva JA, Acuda SW, Altamura AC, Burke JD Jr, Chandrashekar CR, Miranda CT, Tacchini G. Medically unexplained somatic symptoms in different cultures. A preliminary report from phase I of the World Health Organization International Study of Somatoform Disorders. *Psychother Psychosom*. 1995;64(2):88-93.
- Kanaan RA, Lepine JP, Wessely SC. The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosom Med*. 2007;69(9):855-9.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369(9565):946-55.
- 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(5):847-55.
- Kirmayer LJ, Robbins JM, editors. *Current concepts of somatization: research and clinical perspectives*. Washington, D.C: American Psychiatric Press; 1991.
- Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145(11):1358-68.
- Peres RS. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psicol Clin*. 2006;18(1):165-77.
- Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *J Nerv Mental Dis*. 2005;193(2):85-92.
- Escobar JL. Cross-cultural aspects of the somatization trait. *Hosp Community Psychiatry*. 1987;38(2):174-80.
- Angel R, Guarnaccia PJ. Mind, body, and culture: somatization among Hispanics. *Soc Sci Med*. 1989;28(12):1229-38.
- Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003;65(4):528-33.

16. Maj M, Akiskal HS, Mezzich JE, Okasha A, editors. *Somatiform disorders*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2006.
17. Population Reference Bureau. Datafinder 2010. [cited 2011 mar 03]. Available from: <http://www.prb.org/DataFinder.aspx>.
18. U.S. Census Bureau. American Community Survey 2009. [cited 2011 mar 03]. Available from: http://factfinder.census.gov/servlet/DatasetMainPageServlet?_program=ACS.
19. Coelho CL, Ávila LA. Controvérsias sobre a somatização. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;34(6):278-84.
20. Escobar JI. Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1995;18(3):555-69.
21. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr KR. Os sintomas vagos e difusos em biomedicina: uma revisão da literatura. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(1):135-44.
22. Tamayo JM, Rovner J, Muñoz R. La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):182-7.
23. Tamayo JM, Roman K, Fumero JJ, Rivas M. The level of recognition of physical symptoms in patients with a major depression episode in the outpatient psychiatric practice in Puerto Rico: an observational study. *BMC Psychiatry*. 2005;5:28.
24. Bombana JA, Ferraz MR, Mari JJ. Neurovegetative dystonia—psychiatric evaluation of 40 patients diagnosed by general physicians in Brazil. *J Psychosom Res*. 1997;43(5):489-95.
25. Bombana JA. Como atender aos que somatizam? Descrição de um programa e relatos concisos de casos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(4):180-4.
26. Bombana JA. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(4):308-12.
27. Busnello EDA, Tannous L, Gigante L, Ballester D, Hidalgo MP, Silva V, Jurueña M, Dalmolin A, Baldisserotto G. Confiabilidade diagnóstica dos transtornos mentais da versão para cuidados primários da Classificação Internacional das Doenças. *Rev Saude Publica*. 1999;33(5):487-94.
28. Espírito Santo JL, Maineri N, Portuogues MW. Epilepsia e crises não-epilépticas psicogênicas. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004;10(4 Suppl 2):29-33.
29. Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2002;40(1):47-55.
30. Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. *Rev APS*. 2008;11(3):285-94.
31. Lizardi D, Oquendo MA, Graver R. Clinical pitfalls in the diagnosis of ataque de nervios: a case study. *Transcult Psychiatry*. 2009;46(3):463-86.
32. Quintana MI, Gastal FL, Jorge MR, Miranda CT, Andreoli SB. Validity and limitations of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):18-22.
33. Ruiz P. The role of culture in psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 1998;155(12):1763-5.
34. Zorzaneli RT. A síndrome da fadiga crônica: apresentação e controvérsias. *Psicol Estud*. 2010;15(1):65-71.
35. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.
36. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.
37. Banegas DM, Reyes Ticas A, Pagett D. Evaluación del instrumento PRIME-MD para el diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria de salud en la Región Sanitaria Metropolitana, Tegucigalpa, 2002. *Rev Med Hondur*. 2003;71(2):70-7.
38. Canino G, Bird H, Rubio-Stipec M, Bravo M. The epidemiology of mental disorders in the adult population of Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 1997;16(2):117-24.
39. Cherry DJ, Rost K. Alcohol use, comorbidities, and receptivity to treatment in Hispanic farmworkers in primary care. *J Health Care Poor Underserved*. 2009;20(4):1095-110.
40. Costa E, Barreto SM, Uchôa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: the Bambui Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(1):17-27.
41. Coutinho ESFC, Almeida Filho N, Mari JJ, Rodrigues LC. Gender and minor psychiatric morbidity: results of a case-control study in a developing country. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29(2):197-208.
42. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008;24(7):1641-50.
43. Martins VA. *Psicossomática e transtornos de somatização: caracterização da demanda em um hospital escola no período de 1996 a 2004* [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
44. Rondon J. *Somatizações cardíacas: estudo epidemiológico de pacientes atendidos nos ambulatórios de cardiologia do PAM—Centro de Cuiabá, no período de janeiro de 1995* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1995.
45. Tófoli LF. *Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2004.
46. Florenzano R, Acuña J, Fullerton C, Castro C. Frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de salud en Santiago de Chile. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 1997;43(3):283-91.
47. Fortes S. *Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
48. Fortes S, Villano LA, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):32-7.
49. Gonçalves DM, Kapczinski F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2043-53.
50. Morales G. *Prevalencia de somatización y factores asociados en el primer nivel de atención* [dissertação]. Córdoba: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
51. Ramírez JC. *Niveles de ansiedad, neurosis y somatización en derechohabientes atendidos en unidad de primer y segundo nivel de atención médica* [dissertação]. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.
52. Schade N, González A, Beyebach M, Torres P. Transtornos somatomorfos en la atención primaria: Características psicosociales y resultados de una propuesta de consejería familiar. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2010;48(1):20-9.
53. Villano LAB. *Problemas psicológicos e morbidade psiquiátrica em serviços de saúde não-psiquiátricos: o ambulatório de clínica geral* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998.
54. Betancur K, Castaño JJ, Erazo AC, Julián N, Hernández L, Hoyos DM, Mueces Y, Orjuela LF, Páez ML, Pérez LF, Tamayo Gómez CA, Velásquez MA, Villalba DC. Asociación entre prácticas en salud, somatización y algunos factores psicosociales en usuarios de clínicas de ASSBASALUD ESE: Manizales (Colombia), 2007. *Arch Med*. 2008;8(2):113-25.
55. Castilla-Puentes RC, Secin R, Grau A, Galeno R, Mello MF, Pena N, Sanchez-Russí CA. A multicenter study of major depressive disorder among emergency department patients in Latin-American countries. *Depress Anxiety*. 2008;25(12):E199-204.
56. Escobar JI, Cook B, Chen CN, Gara MA, Alegria M, Interian A, Diaz E. Whether medically unexplained or not, three or more concurrent somatic symptoms predict psychopathology and service use in community populations. *J Psychosom Res*. 2010;69(1):1-8.
57. González MT, Landero R, García-Campayo J. Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicossomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(2):141-5.
58. Táborda JGV. *O paciente queixoso crônico - contribuição ao diagnóstico multiaxial* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.
59. Illanes E, Bustos L, Lagos X, Navarro N, Muñoz S. Factores asociados a síntomas depresivos y síntomas somáticos en mujeres climatericas de la ciudad de Temuco. *Rev Med Chil*. 2002;130(8):885-91.
60. Andrade FB, Bezerra AIC, Pontes ALF, Ferreira Filha MO, Vianna RPT, Dias MD, Silva AO. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(5):675-80.

61. Bezerra BP. *A saúde mental no Nordeste da Amazônia: estudo de pescadores artesanais* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2002.
62. Silva MAM, Queiroz MS. Somatização em migrantes de baixa renda no Brasil. *Psicol Soc.* 2006;18(1):31-9.
63. Vera A, Sepúlveda R, Contreras G. Auto-reporte de síntomas físicos y correlatos psicosociales en trabajadores de la minería. *Cienc Trab.* 2006;8(20):74-8.
64. Castillo P. *Patología de los visitadores médicos en Colombia y posibles factores ocupacionales condicionantes* [dissertação]. Bogotá, DC: Universidad El Bosque; 1995.
65. Andrade LH, Benseñor IM, Viana MC, Andreoni S, Wang YP. Clustering of psychiatric and somatic illnesses in the general population: multimorbidity and socioeconomic correlates. *Braz J Med Biol Res.* 2010;43(5):483-91.
66. Almeida APF. *A dor como pedido de socorro: investigação de história de violência em mulheres com queixa de dor* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
67. Almeida APF. *Do corpo que lamenta ao corpo que grita: análise de uma proposta de atendimento a mulheres com dor crônica e histórias de violência* [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
68. Barthauer LM, Leventhal JM. Prevalence and effects of child sexual abuse in a poor, rural community in El Salvador: a retrospective study of women after 12 years of civil war. *Child Abuse Negl.* 1999;23(11):1117-26.
69. Castro I, Barrantes F, Tuna M, Cabrera G, García C, Recinos M, Espinoza LR, García-Kutzbach A. Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *J Clin Rheumatol.* 2005;11(3):140-5.
70. Florenzano R, Weil K, Cruz C, Muñoz C, Leighton C, Acuña J, Fullerton C, Marambio M. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2002;40(4):335-40.
71. Florenzano R, Weil K, Acuña J, Fullerton C, Cruz C, Muñoz C, Leighton C. Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un nuevo estudio con muestra mayor. *Psiquiatr Salud Ment.* 2002;19(3):149-55.
72. Hazen AL, Connelly CD, Soriano FI, Landsverk JA. Intimate partner violence and psychological functioning in Latina women. *Health Care Women Int.* 2008;29(3):282-99.
73. Ulibarri MD, Semple SJ, Rao S, Strathdee SA, Fraga-Vallejo MA, Bucardo J, De la Torre A, Salazar-Reyna J, Orozovich P, Staines-Orozco HS, Amaro H, Magis-Rodriguez C, Patterson TL. History of abuse and psychological distress symptoms among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Violence Vict.* 2009;24(3):399-413.
74. Weil K, Florenzano R, Vitriol V, Cruz C, Carvajal C, Fullerton C, Muniz C. Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico. *Rev Med Chil.* 2004;132(12):1499-504.
75. Fráguas R, Nobre MRC, Wajngarten M, Cardeal MV, Figueiró JAB, Iosifescu DV, Teixeira MJ. Depressão maior em pacientes com dor torácica não cardíaca: Quem vai tratar? *Rev Psiquiatr Clin (São Paulo).* 2009;36(Supl 3):83-7.
76. Fullerton C, Florenzano Urzúa R, Acuña Rojas J. Comorbilidad de enfermedades medicas cronicas y trastornos psiquiatricos en una poblacion de consultantes en el nivel primario de atencion. *Rev Med Chil.* 2000;128(7):729-34.
77. Gonçalves DA, Fortes S, Tófoli LF, Campos MR, Mari JJ. Determinants of common mental disorders detection by general practitioners in the primary health care in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41(1):3-13.
78. Souza LSN. *Somatizadores: narrativas de encontros e desencontros* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1998.
79. Bzostek S, Goldman N, Pebley A. Why do Hispanics in the USA report poor health? *Soc Sci Med.* 2007;65(5):990-1003.
80. Diefenbach GJ, Robison JT, Tolin DF, Blank K. Late-life anxiety disorders among Puerto Rican primary care patients: impact on well-being, functioning, and service utilization. *J Anxiety Disord.* 2004;18(6):841-58.
81. Hulme PA. Somatization in Hispanics. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1996;34(3):33-7.
82. Interian A, Allen LA, Gara MA, Escobar JI, Diaz-Martinez AM. Somatic complaints in primary care: further examining the validity of the Patient Health Questionnaire (PHQ-15). *Psychosomatics.* 2006;47(5):392-8.
83. Keough ME, Timpano KR, Schmidt NB. Ataques de nervios: culturalmente bound and distinct from panic attacks? *Depress Anxiety.* 2009;26(1):16-21.
84. Oltjenbruns KA. Ethnicity and the grief response: Mexican American versus Anglo American college students. *Death Stud.* 1998;22(2):141-55.
85. Villasenor Y, Waitzkin H. Limitations of a structured psychiatric diagnostic instrument in assessing somatization among Latino patients in primary care. *Med Care.* 1999;37(7):637-46.
86. Weller SC, Baer RD, de Alba Garcia JG, Glazer M, Trotter R, Pachter L, Klein RE. Regional variation in Latino descriptions of susto. *Cult Med Psychiatry.* 2002;26(4):449-72.
87. Zhang AY, Snowden LR. Ethnic characteristics of mental disorders in five U.S. communities. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 1999;5(2):134-46.
88. Bayles BP, Katerndahl DA. Culture-bound syndromes in Hispanic primary care patients. *Int J Psychiatry Med.* 2009;39(1):15-31.
89. Castro R, Eroza E. Research notes on social order and subjectivity: individuals' experience of susto and fallen fontanelle in a rural community in central Mexico. *Cult Med Psychiatry.* 1998;22(2):203-30.
90. Hinton DE, Chong R, Pollack MH, Barlow DH, McNally RJ. Ataque de nervios: relationship to anxiety sensitivity and dissociation predisposition. *Depress Anxiety.* 2008;25(6):489-95.
91. Interian A, Guarnaccia PJ, Vega WA, Gara MA, Like RC, Escobar JI, Diaz-Martinez AM. The relationship between ataque de nervios and unexplained neurological symptoms: a preliminary analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(1):32-9.
92. Oths KS. Debilidad: a biocultural assessment of an embodied Andean illness. *Med Anthropol Q.* 1999;13(3):286-315.
93. Pedersen D, Kienzler H, Gamarra J. *Llaki* and *nakary*: idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the Peruvian Andes. *Cult Med Psychiatry.* 2010;34(2):279-300.
94. Piñeros M, Rosselli D, Calderón C. An epidemic of collective conversion and dissociation disorder in an indigenous group of Colombia: its relation to cultural change. *Soc Sci Med.* 1998;46(11):1425-8.
95. Cho HJ, Bhugra D, Wessely S. 'Physical or psychological?' - a comparative study of causal attribution for chronic fatigue in Brazilian and British primary care patients. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;118(1):34-41.
96. Cho HJ, Menezes PR, Bhugra D, Wessely S. The awareness of chronic fatigue syndrome: a comparative study in Brazil and the United Kingdom. *J Psychosom Res.* 2008;64(4):351-5.
97. Cho HJ, Menezes PR, Hotopf M, Bhugra D, Wessely S. Comparative epidemiology of chronic fatigue syndrome in Brazilian and British primary care: prevalence and recognition. *Br J Psychiatry.* 2009;194(2):117-22.
98. Clark P. Frecuencias y características de la fibromialgia en el Hospital General de México: revisión de la Epidemiología. *Rev Mex Reumatol.* 2001;16(3):191-7.
99. Torres-Harding SR, Mason-Shutter J, Jason LA. Fatigue among Spanish- and English-speaking Latinos. *Soc Work Public Health.* 2008;23(5):55-72.
100. Florenzano R. La neurastenia y el síndrome de fatiga crónica: auge, caída y renacimiento de un concepto mórbido. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 1997;35(2):175-85.
101. Assumpção A, Cavalcante AB, Capela CE, Sauer JF, Chalot SD, Pereira CA, Marques AP. Prevalence of fibromyalgia in a low socioeconomic status population. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:64.
102. Camacho C. Estudio descriptivo del estrés en la fibromialgia. *Rev Colomb Reumatol.* 1999;6(3):287-94.
103. Couto CI, Natour J, Carvalho AB. Fibromyalgia: its prevalence and impact on the quality of life on a hemodialyzed population. *Hemodial Int.* 2008;12(1):66-72.
104. Helfenstein M, Feldman D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. *Rev Bras Reumatol.* 2002;42(1):8-14.
105. Hernández CA. Estudio retrospectivo de 39 pacientes con síndrome de fibromialgia reumática. *Rev Med Interna.* 1997;8(1):3-6.
106. Leitão GLNC. *Avaliação da disfunção temporomandibular, dor e fatores psicossociais e psicológicos em portadores de síndrome fibromiálgica* [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2009.
107. Marques AP, Rhoden L, Siqueira JO, João SMA. Pain evaluation of patients with fibromyalgia, osteoarthritis, and low back pain. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo.* 2001;56(1):5-10.
108. Martinez JE, Ferraz MB, Fontana AM, Atra E. Psychological aspects of Brazilian women with fibromyalgia. *J Psychosom Res.* 1995;39(2):167-74.
109. Martinez JE, Barauna Filho IS, Kubokawa K, Pedreira IS, Machado LA, Cevalco G. Evaluation of the quality of life in Brazilian women with fibromyalgia, through the medical outcome survey 36 item short-form study. *Disabil Rehabil.* 2001;23(2):64-8.

110. Martinez JE, Cruz CG, Aranda C, Boulos FC, Lagoa LA. Disease perceptions of Brazilian fibromyalgia patients: do they resemble perceptions from other countries? *Int J Rehabil Res.* 2003;26(3):223-7.
111. Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, Marques AP, Pereira CAB. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Med J.* 2004;122(6):252-8.
112. Ferreira EAG. *Stress e fibromialgia* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.
113. Vidal L, Posadas G, Mayta M, España J, Mayta A, Cabello E. Síndrome de fibromialgia: características clínicas. *Fronteras Med.* 1997;5(3):125-34.
114. Rojas A, Zapata AL, Anaya JM, Pineda R. Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Rev Colomb Reumatol.* 2005;12(4):295-300.
115. Yoshikawa GT, Heymann RE, Helfenstein M, Jr., Pollak DF. A comparison of quality of life, demographic and clinical characteristics of Brazilian men with fibromyalgia syndrome with male patients with depression. *Rheumatol Int.* 2010;30(4):473-8.
116. Assunção MC, Torresan RC, Torres AR. Body dysmorphic and/or obsessive-compulsive disorder: where do the diagnostic boundaries lie?: letter to the editors. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3):282-3.
117. Calderón P, Zemelman V, Sanhueza B, Castrillón M, Matamala J, Szot J. Prevalence of body dysmorphic disorder in Chilean dermatological patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(11):1328.
118. Conrado LA. *Prevalência do transtorno dismórfico corporal em pacientes dermatológicos e avaliação da crítica sobre os sintomas nessa população* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
119. Conrado LA, Hounie AG, Diniz JB, Fossaluzza V, Torres AR, Miguel EC, Rivitti EA. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(2):235-43.
120. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, Versiani M. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med.* 2006;36(2):243-59.
121. Mathis MA, Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, Fossaluzza V, Pereira CAB, Miguel EC. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry.* 2008;23(3):187-94.
122. Nakata AC, Diniz JB, Torres AR, Mathis MA, Fossaluzza V, Braganças CA, Ferrão Y, Miguel EC. Level of insight and clinical features of obsessive-compulsive disorder with and without body dysmorphic disorder. *CNS Spectr.* 2007;12(4):295-303.
123. Espírito Santo HMA, Pio-Abreu JL. Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(4):354-8.
124. Varela L, Fredes A, Grismali J. Bella indiferencia en la histeria de conversión. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 1996;34(4):413-5.