

Propriedades Psicométricas e Estrutura Fatorial da Versão Portuguesa do Questionário da Saúde do Paciente-15 (PHQ-15)

Psychometric Properties and Factor Structure of the Portuguese Version of the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15)

Joana Proença Becker¹, Rui Paixão² e Manuel João Quartilho³

Resumo

O Questionário da Saúde do Doente-15 (PHQ-15) tem sido usado como principal instrumento de rastreio da Perturbação de Sintomas Somáticos em diferentes serviços de saúde e pesquisas científicas. No entanto, até ao momento, não há registo de um estudo de validação da versão portuguesa do PHQ-15. Para este estudo, 215 sujeitos responderam a um questionário sobre características sociodemográficas e clínicas e aos instrumentos PHQ-15, SF-20 e EADS-21. Para revelar a estrutura da consistência interna, foi efetuada uma Análise de Componentes Principais, sendo os dados validados através da Análise Fatorial Confirmatória. Os resultados mostraram que os escores do PHQ-15 estão correlacionados com os escores do SF-20 e do EADS-21 ($r \geq .58$). Foram identificados 3 fatores (dor e desconforto geral; desconforto sexual e cardíaco; tontura) que explicam 55.6% da variância total. A versão em português europeu do PHQ-15 demonstra boa confiabilidade (Cronbach's $\alpha = .88$) e validade para detetar sintomas somáticos.

Palavras-chave: PHQ-15, validação, sintomas somáticos, propriedades psicométricas

Abstract

The Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) has been widely used as a screening instrument for Somatic Symptom Disorder (SSD) in different healthcare settings, as well as in scientific research. So far, there is no documentation of a validation of the Portuguese version of the PHQ-15. A sample of 215 subjects was selected for this study. The survey questionnaire included PHQ-15, SF-20, DASS-21, and sociodemographic and clinical characteristics. Principal component analysis was performed to reveal the structure of the internal consistency of the PHQ-15. The data was validated using Confirmatory Factor Analysis. PHQ-15 scores were correlated with SF-20 and DASS-21 dimension scores ($r \geq .58$). Three factors (general pain and discomfort; sexual and cardiac discomfort; state of dizziness) that explained 55.6% of the total variance were identified. The PHQ-15 Portuguese version has shown good reliability (Cronbach's $\alpha = .88$) and good evidence of validity for detecting patients with somatic symptoms.

Keywords: PHQ-15, validation, somatic symptoms, psychometric properties

¹Doutoranda. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Tel.: +351 910741887. E-mail: pbeckerjoana@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-6184-7211> (Autora de correspondência)

²Professor Associado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. <https://orcid.org/0000-0002-0369-2829>

³Professor Auxiliar. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. <https://orcid.org/0000-0001-7931-0172>

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP · Nº69 · Vol.3 · 43-51 · 2023

ISSN: 1135-3848 print /2183-6051online

This work is licensed under CC BY-NC 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Introdução

Perturbação de Sintomas Somáticos (PSS) é um dos problemas mais comuns dos serviços de saúde, associado a prejuízos funcionais substanciais e uma busca recorrente por validação de sintomas (Becker et al., 2018). De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 2013), a PSS é caracterizada pela presença de sintomas corporais angustiantes que levam os indivíduos a avaliações extensas e demoradas na procura de possíveis doenças orgânicas. No entanto, a principal característica dessa patologia é a forma como o indivíduo apresenta e interpreta os seus sintomas. O diagnóstico de PSS é feito com base na presença de sintomas somáticos angustiantes acompanhados de pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas, e não pela ausência de explicação médica para eles.

Além dos indivíduos com PSS apresentarem prejuízos sociais e ocupacionais e diminuição da qualidade de vida, essa perturbação representa altos custos para os serviços de saúde (Becker et al., 2018; Kellett et al., 2016). Os sintomas mais frequentemente relatados por esses doentes são fadiga, tontura, baixa energia, problemas para dormir e dor (dores de cabeça, dor nas costas, dor nas articulações, dor abdominal) (Häuser et al., 2014; Hyphantis et al., 2014; Kocalevent et al., 2013). Os instrumentos de rastreio podem agregar valiosas informações diagnósticas ao perguntar aos doentes sobre uma ampla gama de sintomas que eles podem não referir na entrevista clínica, sendo, portanto, relevante a sua adequada adaptação e validação (Vasconcelos-Raposo et al., 2020). Uma avaliação padronizada fornece diagnóstico precoce e uma avaliação da gravidade dos sintomas, auxiliando as decisões de médicos e doentes (Nunes & Faro, 2022). Uma revisão sistemática sobre instrumentos para medir a gravidade dos sintomas somáticos (Becker et al., 2018) identificou o Questionário da Saúde do Doente-15 (PHQ-15) como um instrumento adequado para esse fim, devido às suas propriedades psicométricas, relevância dos sintomas inquiridos e brevidade. A estrutura latente do relato de sintomas somáticos avaliada pelo PHQ-15 é dimensional, tanto na atenção de saúde primária quanto em amostras de estudantes (Kocalevent et al., 2013).

O PHQ-15 derivou da forma completa do Questionário de Saúde do Paciente, indagando sobre “15 sintomas somáticos ou grupos de sintomas que representam mais de 90% das queixas físicas relatadas no ambiente ambulatorial” (Kroenke et al., 2002, p. 259). Este questionário de autorrelato pede aos entrevistados que indiquem o quanto se sentiram incomodados por tais sintomas nas últimas quatro semanas, e o formato de resposta é no tipo escala Likert de 3 pontos. A gravidade dos sintomas é medida numa escala de 0-30: 0-4 = não/mínimo; 5-9 = baixa; 10-15 = média; e 15-30 = alta. O PHQ-15 apresenta uma série de vantagens na medida em que é amplamente utilizado como instrumento de rastreio de PSS em diferentes contextos de saúde, bem como em pesquisas científicas, sendo considerado confiável e válido para populações gerais e clínicas. O instrumento já foi traduzido para vários idiomas (Wilkie et al., 2018). Entretanto, até ao momento, não há registo de validação da versão portuguesa. Portanto, o objetivo do presente estudo foi investigar as propriedades psicométricas da versão portuguesa do PHQ-15.

Método

Para delinear o processo de adaptação e validação da versão portuguesa do PHQ-15, foi analisado o estudo de validação da versão original (Kroenke et al., 2002), bem como outros estudos que investigaram a validade de constructo e as propriedades psicométricas deste instrumento (Häuser et al., 2014; Hyphantis et al., 2014; Kocalevent et al., 2013; Wilkie et al., 2018; Gierk et al., 2015; de Vroege et al., 2012; Zhang et al., 2016).

Tradução

O método de tradução e retroversão da escala original foi utilizado para garantir a uniformidade concetual (Hill & Hill, 2012). Esta etapa contou com 4 tradutores profissionais. Primeiramente, o PHQ-15, originalmente em inglês, foi traduzido para o português por dois desses profissionais. Os autores analisaram e definiram a versão em português, que foi enviada aos outros dois tradutores, que devolveram duas versões em inglês. Os autores compararam as versões com o PHQ-15 original, que se manteve consistente. Na versão

portuguesa do PHQ-15, foi feita apenas uma alteração: o item dirigido apenas às mulheres - Cólicas menstruais ou outros problemas relacionados com a menstruação - foi colocado no final da escala. Foi realizado um pré-teste com 10 pessoas de diferentes idades, sexos, profissões e níveis de educação. A amostra do pré-teste não apresentou dificuldade para compreender e responder às questões, não havendo necessidade de alterações na versão em português europeu do PHQ-15.

Participantes

Uma amostra de 215 sujeitos, 93 doentes psicossomáticos e 122 sujeitos da população geral, foi selecionada para este estudo. Foi realizado um inquérito transversal no Departamento de Medicina Psicossomática do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Os critérios de elegibilidade para seleção da amostra foram: doentes em ambulatório, maiores de 18 anos e disponíveis para colaborar com o projeto, depois de informados sobre os seus objetivos e procedimentos (consentimento informado). Os critérios de exclusão foram: doenças físicas graves e condições mentais que impedissem a participação. Ao longo de 10 meses, foram avaliados 93 doentes. Utilizando os mesmos critérios de elegibilidade e exclusão, a amostra da população geral foi selecionada através do método bola de neve. O autor principal selecionou uma amostra inicial que, subsequentemente, recrutou os demais participantes. Neste sentido, 133 sujeitos concordaram em participar no estudo, mas apenas 122 completaram os questionários, pelo que apenas estes foram incluídos neste estudo.

Instrumentos

O questionário, para além das características sociodemográficas propriamente ditas (idade, sexo, escolaridade), incluiu perguntas sobre condições clínicas (diagnósticos médicos, presença de sintomas físicos e internamentos nos últimos dois anos), hábitos de consumo (tabaco, álcool e/ou drogas), o PHQ-15 e os seguintes instrumentos:

- O Short-Form Health Survey (SF-20), composto por 20 itens que representam 6 dimensões de saúde: funcionamento físico; limitações do funcionamento; funcionamento social; saúde mental; percepções de saúde; e dor. O

formato de resposta é tipo Likert (escala de 3 a 6 pontos), e as pontuações são transformadas em escalas de 0 a 100 (RAND, n.d.). “Os conceitos de saúde descritos pelo SF-20 variam em pontuação de 0 a 100, com pontuações mais altas indicando níveis mais altos de funcionalidade ou melhor saúde. As consistências internas (α de Cronbach) das dimensões de saúde medidas variam de .81 a .88” (Becker et al., 2021, p. 3).

A Escala Depressão Ansiedade e Stress (EADS-21) é um instrumento elaborado para medir o estado emocional de depressão (itens 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21), ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20) e stress (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). O formato de resposta é uma escala tipo Likert de 4 pontos e os escores de cada dimensão são calculados pela soma dos itens correspondentes. As pontuações do EADS-21 indicam o nível dos sintomas (de normal a extremamente grave), com pontuações mais altas significando maior gravidade dos sintomas. A pontuação geral, que inclui todos os itens, também apresenta elevada consistência (α de Cronbach = .88) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Análise Estatística

Estatísticas descritivas foram calculadas para as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e para os resultados do PHQ-15, SF-20 e EADS-21. Para determinar a validade de construto, foram verificadas as associações entre os escores do PHQ-15 e as características sociodemográficas e os escores das dimensões do SF-20. Considerando estudos anteriores (Baitha et al., 2020; Hinz et al., 2017), levantámos a hipótese de que a maior gravidade dos sintomas somáticos estaria associada ao sexo feminino e a menor escolaridade. Para a confiabilidade, foi avaliada a consistência interna (α de Cronbach) do PHQ-15. Foi realizada a Análise de Componentes Principais (ACP), selecionando a rotação oblimin, para revelar a estrutura da consistência interna do PHQ-15 e, em seguida, os dados obtidos foram validados por meio da Análise Fatorial Confirmatória (AFC).

Todas as análises foram realizadas com o IBM SPSS® 25.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA). A AFC foi realizada usando o Analysis of Moment Structures (AMOS), um módulo adicional do SPSS.

Resultados

Ambas as amostras são compostas predominantemente por mulheres: o grupo da população geral é composto por 78.7% de mulheres e o grupo clínico por 91.4% de mulheres. O grupo clínico apresenta uma maior média de idade (53.9 anos) e menor escolaridade ($M=9.4$ anos de estudo) em comparação com a população geral, composta por indivíduos com média de idade de 37.6 anos e 14.3 anos de escolaridade. O teste *t* confirmou que as características sociodemográficas das amostras eram diferentes ($p<.05$). O *d* de Cohen indicou tamanho de efeito grande na idade (1.46) e nível educacional (1.08) e um pequeno efeito no sexo (.34). As características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na Tabela 1.

O escore total médio do PHQ-15 foi de 10.48, com desvio padrão de 6.63 (mínimo =0; máximo =26). Foi usado um ponto de corte ≥ 10 para dividir a amostra em dois grupos: o grupo com sintomas somáticos (SOM) e o grupo sem sintomas (NO). O ponto de corte foi definido considerando a faixa que reflete uma gravidade dos sintomas de moderada a alta (10 a 30). Como esperado, o grupo SOM foi constituído maioritariamente pela amostra de doentes psicossomáticos (81.1%). A maioria do grupo SOM pontuou em todas as dimensões do EADS-21 e SF-20, ao contrário do grupo NO, em que apenas a dimensão saúde mental do SF-20 teve um percentual maior (46.8%), ainda assim, menos de metade do grupo teve tal pontuação. Os dados sociodemográficos e os resultados do EADS-21 e do SF-20 desses grupos são apresentados na Tabela 2.

Os testes de correlação de Pearson mostraram que o escore do PHQ-15 se correlaciona com os escores das dimensões do SF-20 ($r>.58$, $p<.001$), principalmente com as dimensões percepção de saúde ($r=-.76$), saúde mental ($r=-.71$), e dor ($r=.76$). A pontuação do PHQ-15 apresentou correlação moderada com idade ($r=.45$, $p<.001$) e escolaridade ($r=-.47$, $p<.001$). Os testes de correlação de Spearman revelaram que o escore do PHQ-15 estava altamente correlacionado com os escores das dimensões do EADS-21 ($r=.58$, $p<.001$), principalmente com a dimensão ansiedade ($r=.72$). Apenas o sexo apresentou coeficiente de correlação mais baixo ($r=-.29$, $p<.001$).

Em relação às características dos itens e escalas, alguns itens apresentaram efeito chão elevado (ver Tabela 3), em especial o item 7 (desmaios) que apresentou uma frequência de 94.9% para o nulo, contra 3.3% e 1.9% para as opções de classificação 1 e 2, respetivamente. O item 10 (problemas sexuais) e o item 15 (problemas menstruais) também tiveram efeitos chão comparáveis. Além disso, o item 7 apresentou uma variação muito pequena de .32. Outros itens apresentaram maiores variações, indicando uma boa confiabilidade do questionário.

O alfa de Cronbach do PHQ-15 foi de .884. Excluindo o item 7 aumentou ligeiramente para .887. As correlações item a item ficaram na faixa de -.72 a .67. As correlações com o item 15 foram inferiores a .112. A exclusão do item 15 aumentou o alfa de Cronbach para .898.

A consistência interna foi avaliada através da ACP, adotando a rotação obliquin (ver Tabela 4). Considerando o critério de Kaiser (Eigenvalue >1), foram extraídos três fatores, capazes de explicar 55.6% da variância comum ($KMO=.884$; Bartlett $p<.001$). Os Eigenvalues dos três fatores foram: fator 1: 6.034, fator 2: 1.221 e fator 3: 1.089. Três itens do PHQ-15 apresentam valores significativos em dois fatores. O primeiro fator (que explica 40.2% da variância) corresponde aos itens 1-4, 8, 11-14; o segundo fator (que explica 8.14% da variância) corresponde aos itens 5, 9, 10 e 15; e o terceiro fator (que explica 7.2% da variância) corresponde aos itens 6 e 7 (ver Tabela 4). Os fatores foram denominados “dor e desconforto geral”, “desconforto sexual e cardíaco” e “tontura”, respetivamente. Todos os itens tiveram uma carga fatorial maior que .4 no respetivo fator (Tabela 4). A maior carga para o fator 1 foi o item 2 (.902), para o fator 2 foi o item 15 (.656) e para o fator 3 foi o item 7 (.837).

O modelo utilizado na AFC foi determinado pela ACP. O PHQ-15, com uma construção de 3 fatores de primeira ordem, apresentou um mau ajuste ($Chi^2=201,140$; $df=87$; $CFI=.906$; $GFI=.894$; $NFI=.847$; $RMSEA=.078$; $P[rmsea\leq.001]<.001$; $MECVI=1.273$). Após excluir 6 outliers, identificados com a distância de Mahalanobis, e correlacionar os erros de medida dos itens 2, 3, 11 e 12, todos pertencentes ao fator 1, o modelo apresentou uma boa qualidade de ajuste ($Chi^2=145.104$; $df=85$; $CFI=.950$; $GFI=.918$;

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas

	População Geral (n=122) M (SD)	Pacientes Psicossomáticos (n=93) M (SD)
Idade	37.6 (12.60)	53.9 (9.46)
Nível educacional (anos de escolaridade)	14.3 (4.05)	9.4 (4.49)
	n (%)	n (%)
Sexo		
Feminino	96 (78.7)	85 (91.4)
Masculino	26 (21.3)	8 (8.6)
Estado civil		
Solteiros	63 (51.6)	7 (7.5)
Casados/união de facto	44 (36.1)	72 (77.4)
Divorciados	13(10.7)	10 (10.8)
Viúvos	2 (1.6)	4 (4.3)
Hospitalização (últimos 2 anos) ^{a,b}	7 (5.7)	21 (22.6)
Motivos da hospitalização ^{a,b}		
Avaliação clínica	2 (1.6)	2 (2.2)
Cirurgia	4 (3.3)	13 (14)
Acidente	0	2 (2.2)
Pneumonia	0	2 (2.2)
AVC isquémico	0	1 (1.1)
Ideação suicida	0	1 (1.1)
Bacteria no cérebro	1 (0.8)	0
Consumo de substâncias ^{a,b}		
Tabaco	24 (18.9)	10 (10.8)
Álcool	10 (8.2)	2 (2.2)
Drogas ilegais	2 (1.6)	0
Diagnóstico psiquiátrico		
Fibromialgia	0	70 (75.3)
Depressão	2 (1.6)	48 (51.6)
Ansiedade	1 (0.8)	13 (14)
Pânico	0	5 (5.4)

^a Reflete o número e percentagem dos participantes que responderam “sim”.

^b 1 missing da amostra da população geral

Tabela 2. Características - SOM vs. NO

	SOM (n=106) M (SD)	NO (n=109) M (SD)
Idade	51.07 (11.21)	38.49 (13.53)
Nível educacional (anos de escolaridade)	9.97 (4.50)	14.4 (4.22)
	n (%)	n (%)
Sexo		
Feminino	98 (92.5)	83 (76.1)
Masculino	8 (7.5)	26 (23.9)
Dimensões do SF-20 ^a		
Percepção de saúde	98 (92.5)	41 (37.6)
Funcionamento físico	79 (74.5)	18 (16.5)
Limitações do funcionamento	73 (68.9)	11 (10.1)
Funcionamento social	70 (66)	14 (12.8)
Saúde mental	99 (93.4)	51 (46.8)
Dor	96 (90.6)	31 (28.4)
Dimensões do EADS-21 ^b		
Depressão	71 (67)	23 (21.1)
Ansiedade	72 (67.9)	12 (11)
Stress	69 (65)	16 (17.5)

^a ponto de corte ≥ 70 para todas as dimensões, exceto para dimensão dor (≥ 60).

^b pontuação de moderada a extremamente grave

Tabela 3. Estatísticas descritivas do PHQ-15

	Escore médio do item (SD)	Frequência do escore 0 (%)	Frequência do escore 1 (%)	Frequência do escore 2 (%)	Kurtosis	Skewness
1	.55 (.72)	127 (59.1)	58 (27)	30 (14)	-.536	.925
2	1.33 (.69)	28 (13)	88 (40.9)	99 (46)	-.822	-.547
3	1.18 (.80)	54 (25.1)	69 (32.1)	92 (42.8)	-1.383	-.330
4	1.03 (.79)	63 (29.3)	82 (38.1)	70 (32.6)	-1.379	-.057
5	.38 (.65)	154 (71.6)	41 (19.1)	20 (9.3)	.890	1.486
6	.58 (.77)	127 (59.1)	51 (23.7)	37 (17.2)	-.765	.872
7	.07 (.32)	204 (94.9)	7 (3.3)	4 (1.9)	24.111	4.894
8	.66 (.78)	115 (53.5)	59 (27.4)	41 (19.1)	-1.032	.684
9	.31 (.61)	165 (76.7)	33 (15.3)	17 (7.9)	1.927	1.791
10	.21 (.54)	180 (83.7)	22 (10.2)	12 (5.6)	4.776	2.429
11	.73 (.79)	104 (48.4)	65 (30.2)	46 (21.4)	-1.219	.517
12	.77 (.81)	100 (46.5)	64 (29.8)	51 (23.7)	-1.333	.436
13	1.23 (.75)	42 (19.5)	81 (37.7)	92 (42.8)	-1.147	-.412
14	1.04 (.85)	74 (34.4)	59 (27.4)	82 (38.1)	-1.616	-.071
15	.41 (.67)	149 (69.3)	43 (20)	23 (10.7)	.459	1.355

Tabela 4. Cargas fatoriais e correlação item-total corrigido

Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Correlação item-total corrigido	h ²
1	.536	-.186	.026	.511	.393
2	.902	.091	-.292	.617	.682
3	.810	-.019	-.091	.681	.624
4	.738	.186	.065	.616	.531
5	.295	-.406	.224	.519	.432
6	.410	-.349	.445	.714	.718
7	-.160	.162	.837	.199	.659
8	.450	-.073	.422	.619	.538
9	.243	-.455	.402	.568	.585
10	.155	-.601	.036	.322	.450
11	.581	-.202	.021	.592	.458
12	.598	-.235	.040	.655	.518
13	.791	.040	.140	.769	.703
14	.736	.062	.089	.658	.569
15	.229	.656	.266	-.006	.483

Nota. O método de extração foi análise de componentes principais com rotação oblíqua (Oblimin Direto com normalização de Kaiser).

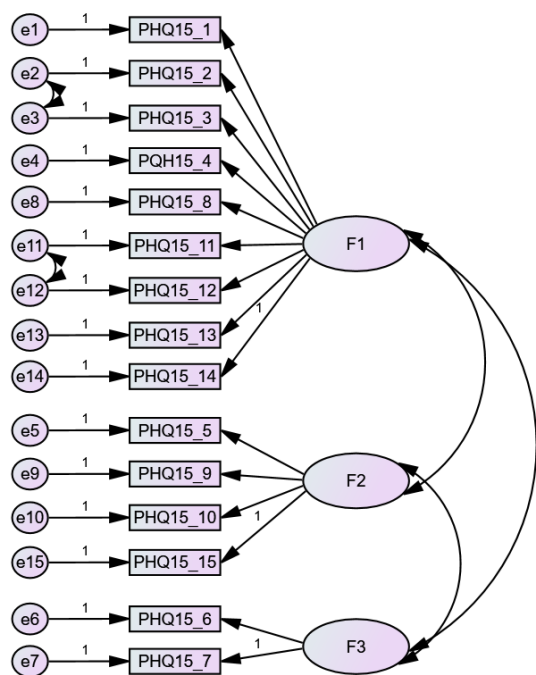


Figura 1. Estrutura fatorial da versão portuguesa do PHQ-15

NFI=.890; RMSEA=.058; P[rmsea≤.001]<.001; MECVI=1.062). O modelo de equação estrutural é apresentado como Figura 1.

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar a versão portuguesa do PHQ-15 numa amostra mista, isto é, incluindo doentes psicossomáticos em ambulatório e população geral. Os resultados fornecem evidências de uma boa confiabilidade do instrumento (α de Cronbach =.88) e também de bons níveis de validade. O alfa de Cronbach neste estudo, por exemplo, é maior do que o observado no estudo original (α de Cronbach =.80) (Kroenke et al., 2002), bem como em comparação com estudos anteriores, que relatam alfas de Cronbach variando entre .73 e .83 (Hyphantis et al., 2014; Wilkie et al., 2018; Zhang et al., 2016).

A validade da versão portuguesa do PHQ-15 também foi corroborada pela correlação entre o PHQ-15 e o SF-20. Semelhante ao que foi encontrado no estudo original (Kroenke et al., 2002), pontuações mais elevadas do PHQ-15 foram associadas a pior funcionamento em todas as 6 dimensões do SF-20. Além disso, a correlação dos escores do PHQ-15 com as 3 dimensões do EADS-21 (depressão, ansiedade e stress) foi de acordo com outros estudos, que encontraram associação entre os escores do PHQ-15 e sintomas depressivos e ansiosos (Häuser et al., 2014; Hyphantis et al., 2014; Zhang et al., 2016). Tais evidências sugerem que o PHQ-15 possui validade de construto.

Com base na análise fatorial, foram identificados 3 fatores (dor e desconforto geral; desconforto sexual e cardíaco; tontura), explicando 55.6% da variância total. Semelhante ao que encontramos, um estudo chinês (Zhang et al., 2016) identificou 3 fatores que explicaram 56% da variância total: “cardiopulmonar”, “gastrointestinal” e “dor/neurológico”. Antes disso, numa análise fatorial de uma versão anterior do PHQ-15, num estudo nos EUA, foram identificados 3 fatores que explicam 46% da variância total: cardiopulmonar, gastrointestinal e dor geral/fadiga (Kroenke et al., 1998).

O item 7 (desmaios), o item 10 (problemas sexuais) e o item 15 (problemas menstruais) apresentaram efeitos chão extremos, semelhantes aos encontrados no estudo de validação da versão chinesa do PHQ-15 (Zhang et al., 2016). Devido a associações limitadas com outros itens e com avaliações de funcionamento, qualidade de vida e uso de serviços de saúde, esses itens não foram incluídos num novo questionário chamado Escala dos Sintomas Somáticos-8, uma versão abreviada do PHQ-15.

Até onde nos é permitido saber, este é o primeiro estudo de validação da versão portuguesa do PHQ-15. O fato de a nossa amostra incluir doentes psicossomáticos, atendidos no Departamento de Medicina Psicossomática do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pode ser considerado um ponto forte, pois serviu para confirmar a eficácia do PHQ-15 como ferramenta de rastreio de sintomas somáticos. As principais limitações do nosso estudo foram: o tamanho da amostra; a falta de uma avaliação sistemática das condições médicas dos

participantes (especialmente no que diz respeito à amostra da população geral); e a natureza transversal do estudo. Estudos longitudinais podem determinar a confiabilidade do PHQ-15 e a sua eficácia como ferramenta de monitoramento da evolução de tratamentos.

Apesar das limitações, o presente estudo demonstrou que a versão portuguesa do PHQ-15 apresenta boa confiabilidade e boas evidências de validade para identificar doentes com sintomas somáticos. Os nossos resultados foram consistentes com estudos anteriores de validação do PHQ-15, que mostraram ser válidos para doentes de diferentes ambientes hospitalares, bem como para a população geral. Como a PSS representa altos custos para os serviços de saúde, além de causar grande prejuízo na funcionalidade dos doentes, o PHQ-15 pode ser uma ferramenta útil para agilizar o processo diagnóstico, proporcionando diagnóstico precoce, avaliando a gravidade dos sintomas e auxiliando na decisão terapêutica.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Baitha, U., Ranjan, P., Deb, K. S., Baudh, N. K., Singh, V., Kaloiya, G., Kumar, A., & Sahu, A. (2020). Association of somatic symptom severity with sociodemographic parameters in patients with medically unexplained physical symptoms: A cross-sectional study from a tertiary care center in India. *Cureus* 12(7), e9250. <https://doi.org/10.7759/cureus.9250>
- Becker J. P., Paixão R., & Quartilho M. J. (2021). Psychopathology and somatic complaints: A cross-sectional study with portuguese adults. *Healthcare* 9, 478. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040478>
- Becker, J. P., Paixão, R., & Quartilho, M.J. (2018). Os Diferentes aspectos da somatização: Uma revisão sistemática sobre a avaliação dos sintomas somáticos. In M. Pereira, I. M. Alberto, J. J. Costa, J. T. da Silva, C. P. A. Albuquerque, M. J. S. Santos, & M. P. Rebelon (Eds.). *Diagnóstico e Avaliação Psicológica: Atas do 10º Congresso da AIDAP/AIDEP* –

- Proceedings of the 10th AIDAP/AIDEP Congress* (pp. 404-427). Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica (AIDAP-AIDEP). Disponível em: <https://www.fpce.uc.pt/aidap/doc/atas.pdf> (acedido em 6 de agosto de 2022).
- de Vroege, L., Hoedeman, R., Nuyen, J., Sijtsma K., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2012). Validation of the PHQ-15 for somatoform disorder in the occupational health care setting. *J Occup Rehabil.* 22(1), 51-8. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9320-6>
- Gierk, B., Kohlmann, S., Toussaint, A., Wahl, I., Brünahl, C., Murray, A., & Löwe, B. (2015). Assessing somatic symptom burden: A psychometric comparison of the Patient Health Questionnaire—15 (PHQ-15) and the Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). *J. Psychosom. Res.* 78, 352-355. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.11.006>
- Häuser W., Brähler E., Wolfe F., & Henningsen P. (2014). Patient Health Questionnaire 15 as a generic measure of severity in fibromyalgia syndrome: Surveys with patients of three different settings. *J Psychosom Res.* 76(4), 307-11. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.01.009>.
- Hill M., & Hill A. (2012). *Investigação por questionários* (2ª ed.). Edições Sílabo.
- Hinz, A., Ernst, J., Glaesmer, H., Brähler, E., Rauscher, F., Petrowski, K., & Kocalevent, R.-D. (2017). Frequency of somatic symptoms in the general population: Normative values for the Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15). *J. Psychosom. Res.* 96, 27-31. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.017>
- Hyphantis, T., Kroenke, K., Papatheodorou, E., Paika, V., Theocharopoulos, N., Ninou, A., Tomenson, B., Carvalho, A. F., & Guthrie, E.; ARISTEIA-ABREVIATE Study Group members. (2014). Validity of the Greek version of the PHQ 15-item Somatic Symptom Severity Scale in patients with chronic medical conditions and correlations with emergency department use and illness perceptions. *Compr Psychiatry*, 55(8), 1950-9. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.08.042>
- Kellett, S., Webb, K., Wilkinson, N., Bliss, P., Ayers, T., & Hardy, G. (2016). Developing services for patients with depression or anxiety in the context of long-term physical health conditions and medically unexplained symptoms: Evaluation of an IAPT Pathfinder Site. *Behav Cogn Psychother*, 44(5), 553-67 <https://doi.org/10.1017/S1352465816000114>
- Kocalevent, R. D., Hinz, A., & Brähler, E. (2013). Standardization of a screening instrument (PHQ-15) for somatization syndromes in the general population. *BMC Psychiatry*, 20, 13-91. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-91>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., deGruy, F. V., & Swindle, R. (1998). A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics*, 39(3), 263-272. [https://doi.org/10.1016/s0033-3182\(98\)71343-X](https://doi.org/10.1016/s0033-3182(98)71343-X)
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. 2002. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom. Med.*, 64, 258-266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav. Res. Ther.*, 33, 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)
- Nunes, D., & Faro, A. (2022). Estrutura fatorial, análise de invariância e distribuição social do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 62 (1), 37-49. <https://doi.org/10.21865/RIDEP62.1.04>
- RAND Health Care (n.d.). *20-Item Short Form Survey (SF-20)*. Disponível em: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/20-item-short-form.html
- Vasconcelos-Raposo, J., Pires, L., Monteiro, M. J., & Teixeira, C. M. (2020). Análise fatorial confirmatória da Escala de Sofrimento para Cuidadores em Enfermeiros Portugueses nos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*

– e *Avaliação Psicológica*, 57(4), 177-190.

<https://doi.org/10.21865/RIDEP57.4.13>

Wilkie, S., Crawley, R., Button, S., Thornton, A., & Ayers, S. (2018). Assessing physical symptoms during the postpartum period: Reliability and validity of the primary health questionnaire somatic symptom subscale (PHQ-15). *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, 39(1), 56-63.

<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1289167>

Zhang, L., Fritzsche, K., Liu, Y., Wang, J., Huang, M., Wang, Y., Chen, L., Luo, S., Yu, J., Dong, Z., Mo, L., & Leonhart, R. (2016). Validation of the Chinese version of the PHQ-15 in a tertiary hospital. *BMC Psychiatry* 89, <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0798-5>