

Transtorno de sintomas somáticos: histórico, aspectos clínicos e classificações contemporâneas

(Somatic symptom disorder: history, clinical aspects and contemporary classifications)

Luís Lopes Sombra Neto¹, Igor Carvalho Marques¹, Thayanne Barreto de Lima¹, Augusto Andrade Campos de Moura Fé², Eugênio de Moura Campos²

¹Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (UFC)

²Faculdade de Medicina da UFC

Autor correspondente: luisneto88@gmail.com

RESUMO

Objetivos: Relacionar referências históricas relevantes sobre a evolução da taxonomia e do conceito do transtorno de sintomas somáticos e contribuir para a atualização de profissionais de saúde na formulação diagnóstica dessa nova categoria. **Metodologia:** Todas as edições das classificações psiquiátricas publicadas pela Associação Psiquiátrica Americana e pela Organização Mundial de Saúde foram examinadas. Além disso, foram considerados os principais livros-texto de psiquiatria clínica, textos sobre a história e a evolução desse diagnóstico e artigos científicos escritos pelas equipes responsáveis pela revisão das classificações atuais. **Desenvolvimento:** Apresenta-se um apanhado dos marcos históricos significativos sobre a evolução do conceito e principais mudanças nas classificações deste transtorno ao longo dos anos, até as edições atuais. Finaliza-se com uma descrição das características clínicas, conforme definidas nos manuais correntes, instrumentalizando profissionais de saúde para avaliação e abordagem desta condição. **Conclusão:** Nas últimas edições da CID e do DSM houve uma reconceitualização diagnóstica do grupo dos transtornos somatoformes, resultando no estabelecimento da categoria transtorno de sintomas somáticos. É imprescindível que essas inovações sejam divulgadas e incluídas nos conteúdos programáticos de formação profissional, capacitações e treinamentos, a fim de incrementar competências no exercício clínico e propiciar uma comunicação mais precisa e uniforme de informações entre profissionais de saúde.

Palavras-chave: Transtorno de sintomas somáticos. Classificação. História da Medicina.

ABSTRACT

Objectives: To relate relevant historical references on the evolution of taxonomy and the concept of somatic symptom disorder and contribute to the updating of health professionals in formulating diagnoses for this new category. **Methodology:** All editions of the psychiatric classifications published by the American Psychiatric Association and the World Health Organization were reviewed. In addition, the main textbooks on clinical psychiatry, texts on the history and evolution of this diagnosis and scientific articles written by the teams responsible for reviewing current classifications were considered. **Development:** An overview of the significant historical milestones regarding the evolution of the concept and the main changes in the classifications of this disorder over the years, up to the current editions, is presented. It ends with a description of the clinical characteristics, as defined in current manuals, equipping health professionals to assess and approach this condition. **Conclusion:** In the last editions of the ICD and the DSM, there was a diagnostic reconceptualization of the group of somatoform disorders, resulting in the establishment of the category of somatic symptoms disorder. It is essential that these innovations are disseminated and included in the syllabus of professional education, qualifications and training, in order to increase skills in clinical practice and provide a more accurate and uniform communication of information between health professionals.

Keywords: Somatic Symptoms Disorder. Classification. History of Medicine.

RESUMEN

Objetivos: Relacionar referencias históricas relevantes sobre la evolución de la taxonomía y el concepto de trastorno de síntomas somáticos y contribuir a la actualización de los profesionales de la salud en la formulación de diagnósticos para esta nueva categoría. **Metodología:** Se revisaron todas las ediciones de las clasificaciones psiquiátricas publicadas por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría y la Organización Mundial de la Salud. Además, se consideraron los principales libros de texto de psiquiatría clínica, textos sobre la historia y evolución de este diagnóstico y artículos científicos redactados por los equipos encargados de revisar las clasificaciones vigentes. **Desarrollo:** Se presenta un panorama de los hitos históricos significativos en cuanto a la evolución del concepto y los principales cambios en las clasificaciones de este trastorno a lo largo de los años, hasta las ediciones actuales. Finaliza con una descripción de las características clínicas, tal como se definen en los manuales vigentes, equipando a los profesionales de la salud para evaluar y abordar esta patología. **Conclusión:** En las últimas ediciones de la CIE y el DSM, hubo una reconceptualización diagnóstica del grupo de trastornos somatomorfos, resultando en el establecimiento de la categoría de trastorno de síntomas somáticos. Es fundamental que estas innovaciones se difundan e incluyan en el plan de estudios de formación, cualificación y formación profesional, con el fin de incrementar las habilidades en la práctica clínica y proporcionar una comunicación de información más precisa y uniforme entre los profesionales sanitarios.

Palabras clave: Trastorno de síntomas somáticos. Clasificación. Historia de la Medicina.

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

INTRODUÇÃO

As classificações dos transtornos mentais passam por transições e mudanças. Nos primórdios da civilização, o homem já se interessava pelo comportamento humano e os classificava¹. Desde a medicina hipocrática da antiguidade, ao longo dos séculos, diversas classificações se sucederam, culminando com a de Emil Kraepelin (1856 - 1926)², tida como a base das classificações modernas³. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, introduziu pela primeira vez os transtornos mentais na sexta revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-6)⁴. A Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-I) em 1952⁵. Desde então ambas vêm sendo periodicamente atualizadas. Presentemente estão disponíveis o DSM-5⁶ e a CID-11⁷.

O transtorno de sintomas somáticos é uma nova nomenclatura decorrente das inovações implementadas nas edições correntes dessas duas sistemáticas classificatórias. Foram mudanças de organização e novas conceitualizações diagnósticas, efetuadas a fim serem mais úteis para a prática clínica, na medida em que simplificam⁷ e traz mais clareza acerca das fronteiras diagnósticas dos vários transtornos abrigados sob o grupo dos transtornos somatoformes das classificações anteriores⁶. Estas alterações necessitam ser assimiladas pelos profissionais de saúde de modo que possam disponibilizar, cada vez mais, melhor atenção e cuidado a estes indivíduos que sofrem por longos períodos e procuram repetidamente serviços de saúde com sintomas somáticos e angústia intensa⁷.

Pretende-se com este artigo colaborar para o conhecimento da evolução histórica do conceito do atual transtorno de sintomas somáticos, das classificações relacionadas, como também para a atualização sobre aspectos clínicos e diretrizes diagnósticas.

UM POUCO DE HISTÓRIA

Transtorno de Sintomas Somáticos

O transtorno de sintomas somáticos é uma categoria diagnóstica incluída no DSM-5⁶ em substituição ao conhecido transtorno de somatização que figurava no DSM-IV-TR⁸. A história do agora denominado transtorno de sintomas somáticos é um tanto

confusa. Essencialmente, ao longo dos séculos, duas síndromes complementares foram descritas: uma monossintomática e outra polissintomática. A monossintomática é hoje identificada como transtorno conversivo e a outra passou a ser conhecida como transtorno de somatização, a partir de sua inclusão no DSM-III.

Historicamente os dois transtornos amiúde estiveram interligados e mesclados⁹. Em 1859, Briquet descreveu, na monografia *Traité, Clinique et Thérapeutique Y l'Hystérie*, uma síndrome caracterizada por várias queixas somáticas dramáticas e exageradas sem uma patologia orgânica demonstrável¹⁰, enfatizando os múltiplos sintomas e o curso prolongado. Atribuía causas emocionais e a considerava uma forma de histeria^{9,11}. Estudos sobre somatização continuaram com autores como Savil (1909) e Purtell e associados (1951). Guz e associados (1968; 1970) deram significativas contribuições à compreensão fenomenológica e sobre a epidemiologia do transtorno¹¹. Em 1970 foi proposto o epônimo Síndrome de Briquet para designar a histeria polissintomática, caracterizada por pelo menos 25 sintomas de 10 grupos sintomáticos, nomenclatura assim conhecida até a publicação do DSM-III⁹.

Classificações (CID e DSM)

As tentativas de classificar os transtornos mentais e do comportamento vêm de longa data. Em dados históricos da antiga Mesopotâmia de 2700 a.C já constava o termo “insanidade” como uma das diversas condições que podiam afetar o ser humano¹. Hipócrates (século V a.C.) descreveu a primeira classificação racional de transtornos mentais, baseando-se na sua teoria dos humores, incluindo doenças como epilepsia, mania, melancolia e paranoia². Após a idade média, período em que predominaram as crenças sobrenaturais, surgiram importantes classificações como as de Philippe Pinel (1745 - 1826), Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840) e Emil Kraepelin (1856 - 1926). A classificação de Kraepelin, fundamentada na descrição de sintomas e na evolução natural das doenças, serviu como base para as classificações psiquiátricas utilizadas até os dias atuais³.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) tem origem na “Lista de Causas de Morte” organizada inicialmente em 1893 pelo Instituto Internacional de Estatística coordenado pelo

francês Jacques Bertillon¹². A Organização Mundial de Saúde (OMS) assumiu esta classificação a partir da sexta revisão (CID-6) em 1948, na qual foram inseridos pela primeira vez os transtornos mentais⁴. Em 1952, com o intuito de incluir categorias específicas para as síndromes cerebrais agudas e crônicas, ausentes na CID-6, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)⁵. A categoria transtorno de somatização ainda não existia nos DSM-I⁵ e DSM-II¹³, bem como na CID até antes da 10ª revisão (CID-10)¹⁴.

No decorrer da década de 1970 houve um afastamento da orientação biopsicossocial na psiquiatria norte-americana, que até então embasava a formulação do DSM. Essa mudança de orientação trouxe significativas modificações na publicação do DSM-III em 1980^{15,16}. O grupo das neuroses foi excluído e fracionado em diferentes blocos de transtornos, sendo um deles o de transtornos somatoformes, no qual o transtorno de somatização constava como subtipo. As características essenciais deste bloco no DSM-III eram os sintomas físicos sugerindo doença somática (somatoforme) para os quais não havia achados orgânicos demonstráveis, ou mecanismos fisiológicos conhecidos, e para os quais existia evidência positiva ou uma forte presunção de que os sintomas estão ligados a fatores ou conflitos psicológicos¹⁶.

Para o diagnóstico do subtipo transtorno de somatização, o DSM-III exigia a presença ou história de sintomas físicos crônicos com início antes dos 30 anos e queixas de pelo menos 14 sintomas para mulheres e 12 para homens, com base em um grupo composto por 37 sintomas. Os sintomas, para serem considerados, deveriam acarretar alterações no padrão de vida, necessidade de uso de medicamento ou procura por um médico. Além disso, não eram explicados por um distúrbio ou lesão física e não eram efeitos de medicamentos ou substâncias psicoativas¹⁶. O DSM-III-R modificou a exigência do número de queixas físicas para 13, em ambos os sexos, em um grupo de 35

sintomas¹⁷.

Seguindo a mesma direção do DSM, a CID-10 incorporou o agrupamento somatoforme, tendo como principal elemento definidor a presença de sintomas somáticos não adequadamente explicados por achados físicos. Entre os subtipos, assim como no DSM-III-R, consta o transtorno de somatização^{14,17}. O Quadro 1 apresenta a evolução da ordenação e da nomenclatura dos transtornos somatoformes, começando pelo DSM-III, passando pela CID-10, até o DSM-IV-TR. Diferentemente do DSM-III-R, nota-se que a CID-10 contém as categorias transtorno somatoforme indiferenciado e disfunção autonômica somatoforme, mas não os transtornos dismórfico corporal e de conversão. Este último é classificado na CID-10 separadamente como transtornos dissociativos (ou conversivos)¹⁴. O transtorno somatoforme indiferenciado passou a constar nos DSM-IV e DSM-IV-TR.

As diretrizes diagnósticas para o transtorno de somatização na CID-10 especificam o tempo mínimo de 2 anos de sintomas físicos múltiplos e variados, além da recusa de aceitar que não há explicação física para os sintomas e um certo grau de comprometimento do funcionamento social e familiar¹⁴. Nos DSM-IV¹⁸ e DSM-IV-TR⁸ houve uma maior especificação dos grupos de sintomas para definição diagnóstica do transtorno de somatização. As queixas físicas que resultam na procura por tratamento ou no comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes, precisam preencher cada um dos seguintes critérios: quatro sintomas dolorosos, dois sintomas gastrointestinais, um sintoma sexual e um sintoma pseudoneurológico^{8,18}.

Quadro 1. Evolução da ordenação e da nomenclatura dos transtornos somatoformes - DSM e CID: 1980 a 2000.

DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	CID-10 (1992)	DSM-IV (1994) DSM-IV-TR (2000)
Grupo: Transtornos somatoformes	Grupo: Transtornos somatoformes	Grupo: Transtornos somatoformes	Grupo: Transtornos somatoformes
Categorias diagnósticas	Categorias diagnósticas	Categorias diagnósticas	Categorias diagnósticas
<i>Transtorno de somatização</i>	<i>Transtorno de somatização</i>	<i>Transtorno de somatização</i>	<i>Transtorno de somatização</i>
Transtorno de conversão	Transtorno de conversão	(classificado em outro grupo)	Transtorno conversivo
Transtorno doloroso psicogênico	Transtorno doloroso somatoforme	Transtorno doloroso somatoforme persistente	Transtorno doloroso
Hipocondria	Hipocondria	Transtorno Hipocondríaco	Hipocondria
	Transtorno dismórfico corporal	(Classificado em outro grupo)	Transtorno dismórfico corporal
		Transtorno somatoforme indiferenciado	Transtorno somatoforme indiferenciado
		Disfunção autonômica somatoforme	

Fontes: DSM-III¹⁶, DSM-III-R¹⁷, DSM-IV¹⁸, DSM-IV-TR⁸, CID-10¹⁴.

CLASSIFICAÇÕES ATUAIS

Um estudo multicêntrico desenvolvido em seis países, apontou uma incidência de aproximadamente 21 novos casos de PEP por 100 mil habitantes por ano, com maior ocorrência entre os homens. Observou-se também que os sintomas psicóticos aparecem com maior frequência entre os 18 e 24 anos, tanto para homens quanto para mulheres, podendo ser observado também aumento da incidência entre as mulheres na faixa dos 50-54 anos⁵.

A última edição da classificação da APA (DSM-5) foi publicada em maio de 2013⁶. Em maio de 2019 foi aprovado pela OMS, a CID-11⁷, com previsão de ser adotada pelos países membros a partir de 2022, ainda permanecendo vigente a CID-10. Na CID-11, os transtornos mentais, de comportamento e do neurodesenvolvimento estão abrigados no Capítulo 6, que se encontra disponível no site da OMS, em inglês, constando de estrutura, descrição dos transtornos e códigos diagnósticos. Restam para serem publicadas, pelo Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substância da OMS, as Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas (DCDD) e a versão para cuidados primários¹⁹. A versão oficial para língua portuguesa dessa nova edição ainda será divulgada pela OMS.

Na construção das duas revisões, houve um empenho para harmonização entre o DSM-5 e a CID-11, resultando na similaridade das estruturas organizacionais¹⁹. Apesar disso, persistem diferenças inclusive quanto a critérios específicos para certos transtornos. O DSM-5 disponibiliza critérios diagnósticos para categorização de transtornos individuais⁶. A CID-11 se ampara em descrições clínicas e diretrizes diagnósticas para expressar os aspectos essenciais, que são os sintomas ou características esperados de serem identificados em todos os casos de cada transtorno. Este enfoque busca conformação com a prática médica cotidiana na elaboração diagnóstica, permitindo flexibilidade na apreciação do clínico²⁰.

Diferentemente do DSM-5 que utiliza uma abordagem categorial, a CID-11 investiu na perspectiva diagnóstica dimensional norteada por evidências de que os transtornos mentais, em sua maioria, podem ser melhor descritos por meio de dimensões de sintomas que interagem entre si²⁰.

Uma das inovações do DSM-5 foi que os “transtornos somatoformes” receberam a denominação de “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados”, cujos subtipos estão listados no Quadro 2.

Quadro 2. Nomenclatura dos Transtornos de Sintomas Somáticos no DSM-5 e equivalentes na CID-11.

Nomenclatura no DSM-5	Nomenclatura na CID-11
Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados	<i>Disorders of bodily distress or bodily experience</i>
Transtorno de sintomas somáticos	<i>Bodily Distress Disorder</i>
(categoria inexistente)	<i>Body integrity dysphoria</i> [#]
Transtorno de ansiedade de doença	Hipocondria*
Transtorno conversivo (de sintomas neurológicos funcionais)*	
Fatores psicológicos que afetam outras condições médicas*	
Transtorno factício*	

#Categoria inexistente no DSM-5.

*Categorias catalogadas na CID-11 em outros agrupamentos.

Fontes: DSM-5⁶, CID-11⁷.

Esta classificação reduziu o número de subtipos com o intuito de facilitar o diagnóstico diferencial, pois havia grande sobreposição entre os transtornos somatoformes pela dificuldade do estabelecimento de fronteiras diagnósticas. Além disso, o DSM-5 enfatiza o diagnóstico feito com base em sinais e sintomas somáticos perturbadores associados a pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais em resposta a esses sintomas, em vez da ausência de uma explicação médica para os sintomas somáticos como descrito até o DSM-IV-TR. Essa reconceitualização tornou a classificação mais útil para profissionais que atuam no nível de atenção primária e para outros médicos clínicos (não-psiquiatras)⁶.

As pessoas previamente diagnosticadas com transtorno de somatização em geral vão preencher os critérios diagnósticos do DSM-5 para o subtipo de transtorno de sintomas somáticos²¹. Além disso, no texto introdutório do capítulo de Transtorno de Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados do DSM-5, está

consignado que aproximadamente 75% dos indivíduos anteriormente diagnosticados com hipocondria estão inclusos no diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos. Os outros 25% daqueles com hipocondria apresentam alto nível de ansiedade relacionado à saúde na ausência de sintomas somáticos, encaixando-se no atual diagnóstico de transtorno de ansiedade de doença⁶.

Também na CID-11, no lugar do grupo dos transtornos somatoformes, agora assenta-se o disorders of bodily distress or bodily experience (DBDBE)⁷ - ainda não está disponível a nomenclatura oficial em português -, equivalente ao grupos de “transtorno de sintomas somáticos e transtornos relacionados” do DSM-5. (Quadro 2). É uma categoria simplificada que incorpora todos os transtornos somatoformes da CID-10 - com exceção da hipocondria que migrou para o grupo dos transtornos obsessivo-compulsivo e relacionados^{20,22}. Na CID-11, a característica fundamental da categoria DBDBE é a presença de sintomas somáticos para os quais o indivíduo dispensa excessiva atenção, que pode se manifestar pela procura repetida de serviços de saúde⁷. O diagnóstico não se baseia na ausência de explicação médica para os sintomas, como é preconizado na CID-10 para os transtornos somatoformes²⁰. Tanto no DSM-5 como na CID-11, o mais substancial da revisão foi a abolição da distinção entre queixas somáticas com e sem explicação médica²².

Como pode ser verificado no Quadro 2, o DSM-5 mantém uma subcategorização no grupo de Transtorno de Sintoma Somático e Transtornos Relacionados, enquanto a CID-11 contempla apenas Bodily Distress Disorder - equivalente ao Transtornos de Sintomas Somáticos do DSM-5 - e uma nova categoria denominada Body integrity dysphoria, ausente no DSM-5. O Transtorno de Ansiedade de Doença, que está inserido no grupo de Transtorno de Sintoma Somático e Transtornos Relacionados do DSM-5, tem equivalência com a Hipocondria na CID-11, a qual foi deslocada para o grupo dos Transtornos Obsessivo-compulsivo e Relacionados. As demais categorias presentes neste capítulo do DSM-5, são classificadas em diferentes grupos na CID-11. Por exemplo, o Transtorno Conversivo, incluso no grupo dos Transtornos Dissociativos, mantendo o mesmo arranjo da CID-10^{7,14}.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Os indivíduos portadores do transtorno de sintomas somáticos em geral se queixam de sintomas físicos múltiplos que provocam aflição e resultam em prejuízo importante na vida diária⁶. Os sintomas levam o indivíduo a um excessivo estado de alerta da atenção quanto a gravidade destes, gerando dispêndio de tempo e busca repetida por serviços de saúde^{6,7}. É possível esse diagnóstico na presença de uma outra condição médica. Para tal, os sintomas - pensamentos, sentimentos e comportamentos - associados a essa condição deverão ser excessivos⁶. A alta frequência de utilização de serviço de saúde, exames clínicos e investigações apropriadas e o reassseguramento da não gravidade da condição de saúde, em geral não aliviam as preocupações do indivíduo^{6,7}.

Sendo assim, a caracterização clínica deste transtorno não pode ser baseada apenas nas queixas somáticas em si. É necessário identificar como estas se apresentam e como são interpretadas pelo paciente a partir da avaliação de componentes afetivos, cognitivos e comportamentais⁶.

O transtorno é persistente e as manifestações estão presentes na maior parte dos dias, durante vários meses. Envolve múltiplos sintomas corporais que podem variar ao longo do tempo. Ocasionalmente existe apenas um sintoma, como dor ou fadiga⁷. É provável que a prevalência seja maior no sexo feminino⁶.

O DSM-5 adota os especificadores “com dor predominante” e “persistente” (duração de mais de 6 meses)⁶. Tanto a CID-11 como o DSM-5 possibilitam a identificação da gravidade do transtorno em leve, moderada e grave^{6,7}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As últimas edições da CID e do DSM estão fundamentadas nos avanços e na consolidação do conhecimento atual sobre os transtornos mentais. A reconceitualização diagnóstica que culminou com o estabelecimento da categoria transtorno de

sintomas somáticos buscou evitar sobreposições e imprecisões sobre fronteiras diagnósticas, estipulando critérios e diretrizes mais úteis para a caracterização clínica.

É imprescindível que essas inovações sejam largamente divulgadas e incluídas nos conteúdos programáticos de formação profissional, capacitações e treinamentos, a fim de incrementar competências no exercício clínico e propiciar uma comunicação mais precisa e uniforme de informações entre profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- Nunes Filho EP, Bueno JR, Nardi AE. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Editora Atheneu; 1996.
- 2- Alexander FG, Selesnick ST. *The history of psychiatry*. 1. ed. New York: Mentor Books; 1968.
- 3- Miranda-Sá Júnior LS. *O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?*. Rio de Janeiro: ABP Editora; 2010.
- 4- World Health Organization. *Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción: sexta revisión de las listas internacionales de enfermedades y causas de defunción, adoptada en 1948* [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1950 [acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70941>
- 5- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952.
- 6- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 7- World Health Organization. *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics* [Internet]. WHO; 2018 [atualizado em 2020 Set; acesso em 2021 Jan 31]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 8- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. ed. text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 9- Kaplan HI, Sadock BJ, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, 30th Anniversary Vol 1 Edition. 6th ed. Baltimore, 1995.
- 10- Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. *Tratado de psiquiatria clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- 11- Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 12-World Health Organization. *History of the Development of the ICD*. [acesso em 2021 Jan 31]; Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
- 13- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: second edition*. 2. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
- 14-Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- 15- Wilson M. *DSM-III and the transformation of American psychiatry: a history*. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 1993 [acesso em 2021 Jan 31]; 150(3): 399-410. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8434655/>.
- 16- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition*. 3. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- 17-American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: third edition - revised*. 3. ed. revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
- 18- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 19- Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM. *New Oxford textbook of psychiatry*. 3. ed. Oxford: Oxford University Press; 2020.
- 20- Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. *Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. *World Psychiatry*. 2019 Feb;18(1):3-19.
- 21- American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- 22- Gureje O, Reed GM *Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects*. *World Psychiatry*. 2016 Oct; 15(3): 291–292. Published online 2016 Sep 22. doi: 10.1002/wps.20353

Como citar: Somba LL Neto, Marques IC, Lima TB, Moura Fé AAC, Campos EM. Transtorno de sintomas somáticos: histórico, aspectos clínicos e classificações contemporâneas. *Dialog Interdis Psiq S Ment*. 2021;1(1):53-9.

TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS