



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Prevalência de sintomas somáticos em crianças e sua associação com sintomas de depressão e de ansiedade

Inês Neves Caldas

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Mestre Paula Cristina Correia

Covilhã, Abril de 2016

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes ajudas por parte de várias pessoas e entidades.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora Dra. Paula Correia, por ter aceitado participar neste trabalho, pela colaboração e incentivo constantes, essenciais para levar a cabo aquilo a que me propus.

A todos os funcionários do Centro Investigação Clínica do CHCB, em especial à Dra. Rosa Saraiva, pela disponibilidade e profissionalismo que sempre me dispensou.

Agradeço à Dra. Marisa Santos Silva pela pronta colaboração na análise estatística deste trabalho.

Ao Departamento da Saúde da Criança e da Mulher do CHCB e à Escola Internacional da Covilhã por me terem dado a liberdade de prosseguir com este projeto.

A todos os voluntários que acederam participar neste estudo.

Aos meus pais, a eles dedico todo o meu trabalho.

Resumo

Introdução: De acordo com o DSM-V, a somatização define um grupo de características cognitivas e comportamentais de indivíduos com sintomas físicos, acompanhados por pensamentos excessivos relacionados com estes sintomas. Vários estudos concluem que a somatização é frequentemente associado a sintomas de ansiedade e depressão.

Esta perturbação é de difícil diagnóstico e levam ao uso excessivo de cuidados médicos, o que causa problemas económicos e sociais.

Existe uma grande prevalência de sintomas somáticos na infância, no entanto, o nosso conhecimento relacionado com esta temática em crianças portuguesas é escasso. Assim, propomo-nos a estudar a prevalência de sintomas somáticos na nossa população, assim como a sua relação com sintomas de depressão ou ansiedade.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo caso - controlo em dois grupos de crianças, entre os 9 e os 11 anos.

Este estudo e todos os procedimentos foram conduzidos de acordo com a Declaração de Helsínquia. Após a explicação do estudo, foi sempre obtido o consentimento informado dos progenitores.

Os questionários foram aplicados a uma amostra de 30 crianças da Escola Internacional da Covilhã (EIC) e a outra de 30 crianças do Departamento de Pediatria, do Hospital Cova da Beira (CHCB), sem patologia orgânica diagnosticada.

Os dados sociodemográficos foram obtidos a partir de um questionário com perguntas fechadas. Para avaliar os graus de depressão e ansiedade foi utilizada a *the Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e, para avaliar os sintomas somáticos o *Inventory Somatization Children* (ISC-24), ambas as versões traduzidas e validadas para a população portuguesa.

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* versão 21.0, através de testes paramétricos e não paramétricos.

Resultados: Através da análise dos dados obtidos, é possível concluir que os resultados do ISC-24 são mais elevados no grupo de crianças do Departamento de Pediatria, assim como os níveis de depressão. Os níveis de ansiedade são mais altos neste grupo também, mas sem significado estatístico.

Conclusão: Verificamos uma maior prevalência de sintomas somáticos no grupo de crianças do Departamento de Pediatria. Para além disso, existe uma correlação positiva entre os sintomas de depressão e os sintomas somáticos.

Como os sintomas somáticos são considerados um problema de saúde pública, consideramos importante objetivar o diagnóstico deste tipo de sintomas. Mais, o diagnóstico deve ser sempre baseado na informação fornecida pela criança.

Palavras - Chave

Somatização, Ansiedade, Depressão, Criança.

Abstract

Introduction: According to DSM-V, somatization is a generic term to define a group of experiential, cognitive and behavioral characteristics of patients suffering from physical symptoms, accompanied by excessive thoughts related to these symptoms. Various studies reported that somatization is often associated with symptoms of anxiety and depression.

These disorders are difficult to diagnose, leading these patients to use excessively health care, which causes possibly medical, social and economic problems.

There is a huge prevalence of somatic symptoms in childhood but our knowledge about this issue is still limited in portuguese children, so we propose to study the prevalence of somatic symptoms in our population.

Materials and methods: This is a case-control study in two groups of children, from 9 to 11 years.

This study and all procedures were conducted in accordance with the Declaration of Helsinki. Written informed consent was obtained from parents/ guardians and procedures of the study were fully explained.

Questionnaires were administered to a sample of 30 children enrolled at the International School of Covilhã (EIC) and 30 children in Pediatrics department of Cova da Beira Hospital (CBH), without diagnosed organic pathologies.

The collection of demographic data was done through a questionnaire with closed questions. For the assessment of depression and anxiety rates we used the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), for the evaluation of somatic symptoms used the *Inventory Somatization Children* (ISC-24), both versions translated and validated for the Portuguese population.

Statistical analysis was performed using statistical software *Statistical Package for Social Science* version 21.0 through parametric and non-parametric tests.

Results: Through the analysis of the data presented, it can be concluded that the results of CSI- 24 are higher in the group of Pediatrics department, as well as levels of depression, though not as significantly. Pediatric outpatient clinic presented higher anxiety levels but not with statistically significant differences

Conclusion: We verified that there is a higher prevalence of psychosomatic symptoms in children from the Pediatric department, which is in line with the first hypothesis posed earlier.

Also, there is a higher prevalence of somatic symptoms in children with symptoms of depression.

Since medically unexplained symptoms are considered a medical and public health problem, we think it is important to objectify the diagnosis of this type of symptoms. Also, diagnosis should always be based in the children's information.

Keywords

Somatization, Anxiety, Depression, Child

Índice

1	Introdução.....	1
1.1	Objetivos	3
1.1.1	Objetivos específicos	3
1.2	Hipóteses	3
2	Materiais e Métodos	3
2.1	Tipo de estudo.....	3
2.2	Participantes.....	3
2.3	Autorizações e apresentação do estudo	4
2.4	Recolha dos dados	4
2.5	Instrumentos utilizados	5
2.5.1	Questionário de caracterização da população	5
2.5.2	HADS.....	5
2.5.3	ISC-24.....	5
2.6	Análise estatística.....	6
3	Resultados.....	7
3.1	Caraterização da população	6
3.2	Resultados das Escalas HADS e ISC-24	10
4	Discussão	12
4.1	Pontos fortes do estudo.....	14
4.2	Limitações do estudo.....	15
5	Conclusão	15
6	Referências Bibliográficas.....	17
7	Anexos	20
	Anexo I - Declaração de aceitação do estudo	20
	Anexo II: Consentimento livre e informado	21
	Anexo III: Questionário de caracterização da população	23
	Anexo IV: HADS.....	25
	Anexo V: ISC-24	26

Lista de Figuras

Figura 1: Diagrama ilustrativo das amostras selecionadas	4
Figura 2: Representação gráfica das patologias dos pais das crianças de cada grupo	9
Figura 3: Boxplots representando a distribuição da ansiedade nos grupos de controlo e na Consulta de Pediatria	11
Figura 4: Boxplots representando a distribuição da depressão nos grupos de controlo e na Consulta de Pediatria... ..	11
Figura 5 : Boxplots representando a pontuação da ISC-24 nos grupos de controlo e na Consulta de Pediatria	11

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização da população.....	8
Tabela 2: Resultados da Escala HADS	10
Tabela 3: Resultados das escalas HADS e ISC-24, divididos por grupos	10

Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar da Cova da Beira
DSCM	Departamento de Saúde da Criança e da Mulher
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Forth Edition</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition</i>
EIC	Escola Internacional da Covilhã
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
ISC-24	Inventário de Somatização das Crianças
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UBI	Universidade da Beira Interior

1 Introdução

Com o aumento da prevalência da sintomatologia psicossomática e a sua reclassificação no DSM-V a sua discussão torna-se pertinente e necessária (1).

Define-se somatização como a existência de um ou mais sintomas físicos, acompanhados de pensamentos, comportamentos e sentimentos associados a estes, sem que seja encontrada uma causa fisiológica subjacente, no entanto, uma patologia orgânica pode coexistir (2).

Embora a prevalência de queixas sintomáticas seja difícil de classificar dada a subjetividade de avaliação destas, alguns autores sugerem, no entanto, uma prevalência superior no género feminino (3,4). É claro também o predomínio desta condição entre as crianças de grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (5).

Quanto à etiologia, pensa-se que existe uma base genética que influencia o grau de suscetibilidade do indivíduo, assim como os mecanismos de defesa que definem a forma como irá responder a certos estímulos (6). Os sintomas podem também estar relacionados com a presença de luto na família ou com uma doença crónica (7). A sociedade e a cultura são preponderantes para a sensibilidade ou resistência sentidas pela criança (8, 9). Contudo, a disfunção familiar é apontada como a etiologia mais significativa, apesar do ambiente escolar ou dos pares poderem também ser importantes. Acresce a tudo isto que o próprio, ou mesmo a família, pode desvalorizar a presença de fatores predisponentes ou precipitantes (7, 10). Mais, a somatização está relacionada também com o comportamento dos pais, dividido em “caloroso” e “controlo”, podendo este controlo ser comportamental ou psicológico. Chegou-se à conclusão que quanto menos o comportamento dos pais é “caloroso”, mais altos serão os níveis de somatização das crianças (11).

Outro conceito relacionado com a somatização é a alexitimia, que se traduz por uma dificuldade em identificar os próprios sentimentos, dificuldade em descrevê-los aos outros e um estilo cognitivo externamente orientado (12,13). Tal leva a uma interpretação errónea dos sintomas somáticos, assim como uma predisposição para perturbações psicológicas (14). Allen *et al* (2011) ao estudarem a alexitimia e somatização numa amostra de crianças saudáveis concluíram que uma explicação para esta relação poderá ser a depressão, mas há ainda dúvidas quanto a esta conclusão (15, 16).

Para além disso, os sintomas podem estar associados à fase de desenvolvimento da criança, dado que esta possui um pensamento concreto e tal permite-lhe sentir e interpretar o sintoma não fazendo a associação com alguma perturbação ou disfunção (17).

Os sintomas somáticos podem abranger todos os sistemas tal como o respiratório, gastrointestinal, cardíaco, músculo-esquelético e neurológico, ou podendo apenas o indivíduo

sentir um mal-estar geral (3). A criança pode ter sintomas referentes a um só sistema ou a mais que um. Os sintomas podem também interferir variavelmente com o funcionamento diário (7).

Como co-morbilidades, a ansiedade e a depressão estão muitas vezes associadas a problemas de somatização (2, 18). Os sintomas somáticos ao interferirem com a qualidade de vida, podem também gerar estados de ansiedade, como tal, torna-se pertinente estudar a relação entre estas condições (7).

Uma dificuldade associada à somatização é a sua classificação e avaliação, dado que o diagnóstico se baseia essencialmente na anamnese, tornando o processo mais subjetivo. Para além disso, é necessária a exclusão de patologia orgânica, assim, são importantes também o exame físico e os exames complementares de diagnóstico (19, 20).

Quanto à comunicação do diagnóstico de sintomas psicossomáticos, atualmente existe muito preconceito, o que prejudica o seu tratamento, sendo esta mais uma razão que torna o estudo pertinente.

1.1 Objetivos

Este trabalho de investigação foi desenvolvido no âmbito de Pedopsiquiatria, no serviço de Pediatria do Departamento de Saúde da Criança e da Mulher (DSCM-CHCB) e na Escola Internacional da Covilhã, no âmbito da dissertação do Mestrado Integrado em Medicina. Esta dissertação pretende contribuir para o estudo de sintomas somáticos, depressão e ansiedade em crianças na faixa etária dos 9-11 anos, através da aplicação de um breve questionário de caracterização da população, a Escala HADS e ISC-24 itens.

1.1.1 Objetivos específicos

Como objetivos específicos pretende-se:

- Definir a população em estudo;
- Estudar a prevalência de sintomas somáticos em crianças dos 9 aos 11 anos, em contexto escolar e na consulta de pediatria.
- Estudar a associação dos sintomas somáticos com os quadros de ansiedade e depressão

1.2 Hipóteses

Formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H1: As crianças na consulta de pediatria têm uma maior prevalência de sintomas psicossomáticos do que as crianças em contexto escolar.
- H2: Há uma maior prevalência de sintomas somáticos em crianças com sintomas de ansiedade e/ou depressão.

2. Materiais e Métodos

2.1 Tipo de estudo

Epidemiologicamente foi realizado um estudo observacional, relativamente ao tempo é transversal, de caso controlo, em dois grupos de estudo. Foram avaliadas algumas variáveis e estabelecidas algumas relações inferenciais entre as mesmas.

2.2 Participantes

Foram aplicados questionários a uma amostra de 30 crianças matriculadas na Escola Internacional da Covilhã (EIC) e 30 crianças da consulta externa do serviço de Pediatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB).

Foi um estudo de participação voluntária, havendo a possibilidade de desistência em qualquer momento. Todos os inquiridos foram informados por escrito dos objetivos e procedimentos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e informado, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos.

O grupo de estudo, que inclui 30 crianças da consulta externa do Serviço de Pediatria, foi selecionado de acordo com o intervalo de idade e com a exclusão de diagnóstico de doença orgânica.

O grupo controlo, também composto por 30 crianças, sem patologias orgânicas diagnosticadas e com as idades compreendidas entre o intervalo 9-11 anos.



Figura 1: Diagrama ilustrativo das amostras selecionadas

2.3 Autorizações e apresentação do estudo

A realização do estudo foi aprovada a 1 de Janeiro de 2015 pela Comissão de Ética do CHCB, com parecer favorável do Gabinete de Investigação e Inovação do CHCB.

A utilização da ISC-24 foi concedida por Sónia Ferreira, a 8 de Setembro de 2014. A utilização da escolar HADS, foi concedida por José Luís Pais Ribeiro, a 15 de Agosto de 2014.

Este estudo não é financiado, nem o seu autor apresenta conflitos de interesses. O estudo estatístico teve o apoio da Dra. Marisa Santos, do CHCB, não renumerado.

2.4 Recolha dos dados

Entre Fevereiro e Maio de 2015, procedeu-se à recolha dos dados a crianças na consulta externa do Serviço de Pediatria, CHCB. A aplicação dos questionários, que decorreu nas instalações do CHCB, foi realizada presencialmente pela autora da tese de mestrado, e a que decorreu na EIC foi realizada com a ajuda dos respetivos professores.

Os pais de ambos os grupos responderam a um questionário que continha dados sociodemográficos relativos a si próprios e às crianças. Para além disso, foram ainda inquiridos quanto ao número de consultas médicas por ano, assim como relativamente às crianças, e se já havia sido diagnosticada alguma patologia.

A cada uma das 60 crianças foram aplicadas, individualmente, em contexto clínico, a HADS e a ISC-24, depois de serem esclarecidas as dúvidas de modo a facilitar a interpretação por este grupo etário.

2.5 Instrumentos utilizados

2.5.1 Questionário de caracterização da população

A recolha dos dados sociodemográficos foi feita através de um questionário com perguntas fechadas, relativas aos parâmetros: nome, idade, escolaridade, profissão e patologia já diagnosticadas de ambos os pais; nome, idade, ano de escolaridade, número de consultas médicas por ano e patologia diagnosticada da criança.

2.5.2 HADS

Para a avaliação dos índices de depressão e ansiedade utilizou-se a “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” (HADS), na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa. Trata-se de uma escala de autopreenchimento que demora cerca de 10 minutos a ser completada.

É constituída por 14 itens que se dividem em duas subescalas que avaliam, respetivamente, níveis de ansiedade e de depressão. Todos os itens referem-se exclusivamente ao estado emocional e não refletem sintomas somáticos. Os pontos de *cut-off* escolhidos foram baseados no estudo para a validação da versão portuguesa anteriormente referido, considerando valores entre 0 e 7 “normal”, entre 8 e 10 “leve”, entre 11 e 14 “moderado” e entre 15 e 21 “severo”, para qualquer uma das dimensões avaliadas (ansiedade ou depressão).

Relativamente ao resultado global da HADS, valores iguais ou superiores a 15 são considerados como sugestivos de níveis patológicos.

2.5.3 ISC-24

Para a avaliação dos sintomas somáticos utilizou-se o “Inventário de Somatização das Crianças” (ISC-24), na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa. Trata-se de uma escala de autopreenchimento que demora cerca de 10 minutos a ser completada.

É constituída por 24 sintomas, podendo ser pontuados entre 0 (Nada) e 4 pontos (Muitíssimo), quanto à sua frequência. Para além disso, inclui também uma autoavaliação do stress atual e possíveis razões para o mesmo.

2.6 Análise estatística

A análise dos dados foram efetuados com recurso ao *software* estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 21.

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%).

As variáveis foram descritas utilizando a média ou a mediana, desvio-padrão e valores mínimos e máximos.

Na comparação dos parâmetros amostrais nos grupos independentes (grupo Consulta de Pediatria vs grupo Controlo) foi utilizado o teste *t-Student*, ou o teste de *Mann-Whitney U* tendo em conta as características das amostras. O teste *Qui-quadrado* foi utilizado para identificar diferenças na distribuição das amostras. O coeficiente de correlação de *Spearman's (r)* para analisar a associação entre escalas.

Em toda a análise estatística foi considerado um nível de significância de 0,05, ou seja, considera-se 5% a probabilidade de erro.

3 Resultados

3.1 Caracterização da população

A amostra é constituída por 60 crianças, sendo 30 pertencentes ao serviço de Pediatria e 30 à Escola Internacional da Covilhã. A idade média dos dois grupos é de 9,5 anos, sendo que o intervalo de idades compreende crianças entre os 9 e os 11 anos. Em relação à escolaridade, no grupo do Hospital 26,7% (8 alunos) frequentava o 3º ano e verificou-se que 67% (20 alunos) das crianças frequentavam o 4º ano.

Quanto ao género, a amostra global é constituída no total por 50% rapazes e 50% raparigas, sendo assim dividida equitativamente. No entanto, o grupo do Hospital é constituído 53,3% por rapazes (16 crianças) enquanto o grupo da Escola é constituído 53,3% por raparigas (16 crianças).

Amostra total

Os progenitores apresentam uma idade média das mães de 39,7 e dos pais 42,85 anos. Quanto às mães, em relação à escolaridade, verificou-se que 34% (16 mães) são licenciadas, seguindo-se de 21,3% (10 mães) completaram o 12º, o nível mínimo de escolaridade é o 4º ano e o máximo o Doutoramento.

Na saúde, 68,6% referem que não lhes foi diagnosticada nenhuma patologia, contraponto os 31,4%

Quanto aos pais, em relação à escolaridade, verificou-se que 26,3 % (10 pais) são licenciados, seguindo-se de 18,4% (7 pais) que completaram o 9º ano, sendo nível mínimo de escolaridade é o 4º ano e o máximo o Doutoramento.

Na saúde, 66,7% referem que não lhes foi diagnosticada nenhuma patologia, contraponto os 33,3% aos quais lhes foi diagnosticado uma patologia.

Amostra dividida por grupos

Quanto às mães do Grupo da Consulta de Pediatria, 36,8% (7 mães) concluíram o 12º ano, seguindo-se de 31,6% (6 mães) que são licenciadas. O nível mínimo de escolaridade é o 4º ano e o máximo o doutoramento.

Na saúde, 53,3% (16 mães) refere não lhes ter sido diagnosticada alguma patologia.

Em relação aos pais, verificou-se que 18,8% (3 pais) concluíram o 12º ano, seguindo-se de 18,8% (3 pais) que concluíram o 9º ano, sendo o nível mínimo o 4º ano e o máximo o doutoramento.

Relativamente à saúde, 58,3% (14 pais) refere não ter sido diagnosticada alguma patologia.

Quanto às mães do grupo Controlo, 35,7% (10 mães) são licenciadas, seguindo-se de 17,9% (5 mães) que completaram o 9º ano, sendo que o nível mínimo de escolaridade é o 6º ano e o máximo o Mestrado.

Na saúde, 73,1% (19 mães) refere não lhes ter sido diagnosticada qualquer patologia.

Em relação aos pais, constatou-se que 36,4 % (8 pais) concluiu a licenciatura, seguindo-se de 18,2% (4 pais) que concluíram o 9º ano, sendo que o nível mínimo é o 4º ano e o máximo o Mestrado.

Em relação à saúde, 75% (18 pais) refere não ter sido diagnosticada alguma patologia.

Tabela 1: Caracterização da população

	Total (n=60; 100%)	Grupo Consulta de Pediatria (n=30;50%)	Controlo (n=30; 50%)
Idade do Pai	42,6 anos	42,8 anos	42,9 anos
Idade da Mãe	39,7 anos	39,1 anos	40,2 anos
Escolaridade do Pai			
4º Ano	7,9%	12,5%	4,5%
6º Ano	13,2%	12,5%	13,6%
8º Ano	2,6%		4,5%
9º Ano	18,4%	18,8%	18,2%
11ª Ano	5,3%	12,5%	
12º Ano	15,8%	18,8%	13,6%
Licenciatura	26,3%	12,5%	36,4%
Mestrado	4,6%	6,3%	4,5%
Doutoramento	2,6%	6,3%	
Escolaridade da Mãe			
4ºAno	4,3%	10,5%	
6º Ano	8,5%	5,3%	10,7%
7º Ano	2,1%		3,6%
9º Ano	12,8%	5,3%	17,9%
10º Ano	2,1%		3,6%
11º Ano	2,1%		3,6%
12º Ano	21,3%	36,8%	10,7%
Bacharelato	2,1%		3,6%
Licenciatura	34%	31,6%	35,7%
Pós-Graduação	2,1%		3,6%
Mestrado	6,4%	5,3%	7,1%
Doutoramento	2,1%	5,3%	
Patologia do Pai			
Sim	33,3%	41,7%	25%
Não	66,7%	58,3%	75%
Patologia da Mãe			
Sim	31,4%	36,0%	26,9%
Não	68,6%	64,0%	73,1%

Antecedentes familiares comparando o grupo das Consultas de Pediatria e o grupo de controlo:

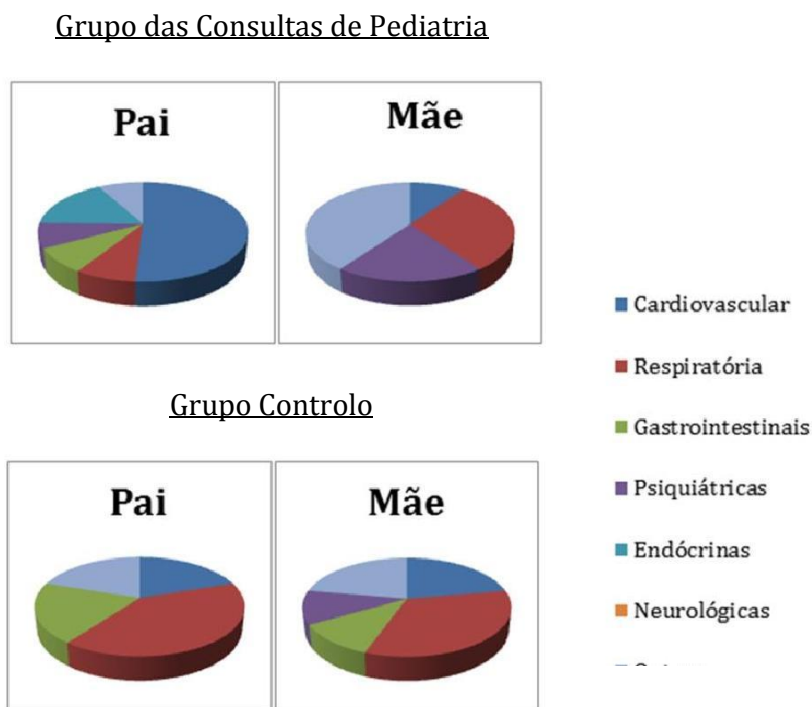


Figura 2: Representação gráfica das patologias dos pais das crianças de cada grupo

Através dos gráficos, é possível verificar que a patologia mais frequente dos Pais do grupo das crianças da consulta externa do serviço de Pediatria, é referente ao sistema cardiovascular. Quanto às mães do mesmo grupo, não se destaca nenhum grupo de patologias mais frequentes.

No que se refere ao grupo das crianças da Escola, a patologia mais frequente é a referente ao sistema Respiratório quer no que respeita aos pais quer no que respeita às mães.

3.2 Resultados das Escalas HADS e ISC-24

A totalidade dos inquiridos respondeu à Escala HADS e ISC-24. Para analisar a diferença de médias entre os grupos H (Consultas de Pediatria) e E (Grupo de controlo) recorreu-se ao teste *t-student*, cujos resultados serão apresentados de seguida, nos Quadros 2 e 3.

Tabela 2 - Resultados da Escala HADS

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
HADS - Ansiedade	60	3	14	7,28	2,85
HADS - Depressão	60	3	11	5,35	2,18

Tabela 3 - Resultados das escalas HADS e ISC-24, divididos por grupos

	n	Média	Desvio Padrão	p-value
HADS - Ansiedade				p=0,191
Controlo				
Consulta Pediatria	30	6,80	3,06	
	30	7,77	2,56	
HADS - Depressão				p=0,049
Controlo				
Consulta Pediatria	30	4,80	2,20	
	30	5,90	2,04	
ISC-24				p=0,000
Controlo	30	4,43	4,90	
Consulta Pediatria	30	11,03	6,24	

De seguida, são comparados os grupos controlo e o da Consulta de Pediatria com as subescalas da HADS e com a ISC-24, estando representados os valores da mediana, dos quartis e os máximos e mínimos.

Prevalência de sintomas somáticos em crianças e sua associação com sintomas de depressão e de ansiedade

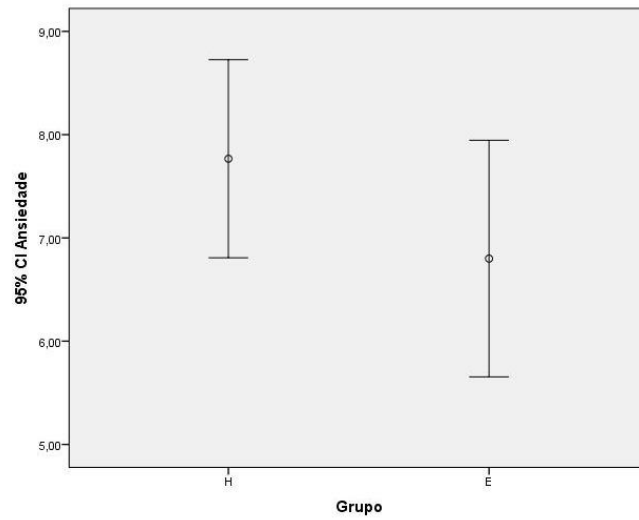


Figura 3: Boxplots representando a distribuição da ansiedade nos grupos de controlo e na Consulta de Pediatria.

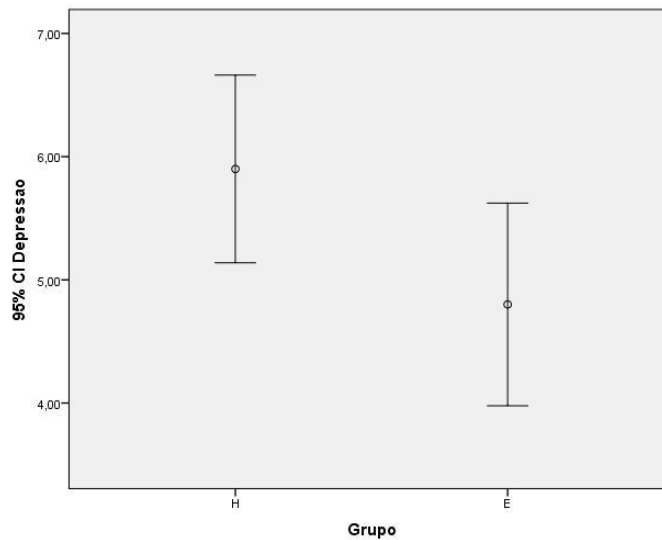


Figura 4: Boxplots representando a distribuição da depressão nos grupos de controlo e na Consulta de Pediatria.

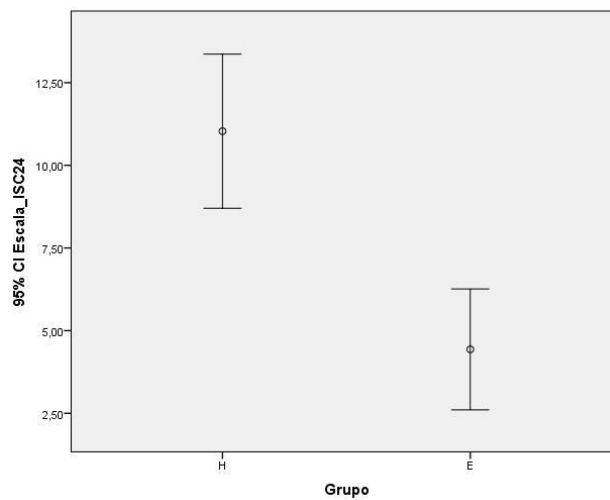


Figura 5 : Boxplots representando a pontuação da ISC-24 nos grupos de controlo e na Consulta de Pediatria.

Através da análise dos dados apresentados, pode concluir-se que os resultados da Escala ISC-24 são superiores no grupo das Consultas de Pediatria ($p=0,000$), assim como os níveis de depressão, embora não tão significativamente ($p=0,049$).

Em relação aos níveis de ansiedade, são apresentados valores superiores no grupo da Consulta de Pediatria, apesar do teste de *Mann-Whitney* não ter demonstrado a existência de diferenças estatisticamente significativas, por se encontrarem valores de $p>0,05$ ($p=0,191$).

4 Discussão

A somatização pode ser definida como uma constelação de traços clínicos e comportamentais que indicam tendência para experienciar e comunicar mal-estar através de sintomas somáticos sem explicações orgânicas e que levam à procura de cuidados médicos (7, 21, 22). As crianças do grupo da Consulta de Pediatria dirigiam-se ao hospital por consultas programadas ou devido ao estudo de sintomas inespecíficos, principalmente queixas a nível gastrointestinal, como dor no estômago ou abdómen, não lhes tendo sido diagnosticada, até à data, uma patologia orgânica.

Geralmente, os sintomas incluem dor abdominal recorrente, cefaleias, com predominância no género feminino (23, 24). Na sua maioria, o nível de gravidade dos sintomas é moderado, mas numa minoria são recorrentes e debilitantes. 1 em 10 indivíduos relatam dores debilitantes ou são classificados pelos pais como sendo “doentes” (7, 25).

O modo como as crianças, os pais e os profissionais de saúde lidam com as queixas depende da forma como são percebidas. Queixas físicas não explicadas tornam-se um problema clínico quando, sendo severas e recorrentes, levam repetidamente ao recurso a cuidados de saúde (7, 26). No entanto, neste estudo tal não se verificou de uma forma tão evidente, dado que, a maioria das crianças recorreram aos cuidados de saúde uma ou duas vezes no último ano.

Patologias concomitantes estão presentes num 1/3 até 1/2 dos doentes e incluem perturbações emocionais, comportamentais e psicopatológicas, tais como ansiedade e depressão, como é possível verificar também com este estudo (4, 7, 18, 20, 23).

Outro fator que pode estar relacionado com a somatização é a presença de doença física grave dos pais. Sabe-se que podem sofrer de sintomas relacionados com depressão da mãe, problemas matrimoniais e até com a própria procura recorrente da mãe ao seu médico de família (23, 27).

Os estudos revelam que o número de queixas somáticas está associado ao absentismo escolar (18, 14), mas tal não foi comprovado por este estudo.

Crianças com dor crónica padecem de um maior nível de sensibilidade à ansiedade e muito maiores níveis de somatização. Assim, a somatização constitui um preditor significativo da intensidade da dor. Crianças com dor crónica são mais vulneráveis, na idade adulta, a dor crónica, perturbações do sono e pobre qualidade de vida (6, 18).

O conceito de somatização continua a ser muito ambíguo, o que justifica o facto de os resultados por vezes não serem conclusivos e o despiste, na infância, ser difícil (27).

Sendo os sintomas somáticos experiências subjetivas que causam sofrimento ao indivíduo, medir e quantificar algo que é subjetivo, que não pode ser sentido ou observado e que é interpretado de forma diferente de profissional para profissional de saúde, não é uma tarefa facilmente exequível.(28) Não existe uma definição universalmente aceite que explique que sintomas podem ser classificados como sintomas somáticos (19, 29).

Atualmente, o diagnóstico de sintomas somáticos requer um ou mais sintomas e pensamentos excessivos, sentimentos e comportamentos relacionados com estes sintomas ou associados a preocupações com saúde (2). A persistência de sintomas somáticos pode levar a desmoralização e irritabilidade.

No DSM-V, a “Perturbação Somatoforme” foi substituída por “Sintomas somáticos e perturbações relacionadas”. Na principal perturbação desta categoria, a Perturbação de Sintomas Somáticos, é dada mais importância aos pensamentos e sentimentos excessivos em relação aos sintomas, do que à inexistência de explicação orgânica para os mesmos.

Com isto, é possível uma visão geral do quadro clínico mais fidedigna e completa(2). No entanto, algumas revisões concluem que esta nova versão negligencia importantes traços relacionados com fatores psicológicos e comportamentos associados à doença, tal com a negação desta mesma. Consequentemente, esta definição apresenta uma visão fechada relacionada com a resposta dos doentes à doença e aos próprios sintomas físicos (12).

Assim, como o limiar para o diagnóstico é ainda alto, existem crianças que permanecem com manifestações subclínicas e que, como tal, experienciam desconforto no seu dia-a-dia (12, 30).

Quando o diagnóstico não é realizado atempadamente e, como consequência, não existe um tratamento adequado, a probabilidade da doença evoluir na idade adulta revela-se maior (5, 31, 32).

Para além disso, chegou-se à conclusão de que as crianças que sofrem de sintomas psicossomáticos têm tendência a estar mais expostas a acontecimentos de vida negativos (25).

Em suma, é possível verificar a importância do diagnóstico precoce desta condição dado que existem consequências muito nefastas, quer na infância, quer na idade adulta. Assim, com o interesse em diagnosticar estes distúrbios, chegou-se à conclusão recentemente que seria importante classificar os sintomas somáticos. Uma medida ideal deve incluir: descrição de sintomas, número de sintomas, frequência e duração, severidade, descrições qualitativas, interferência com o funcionamento, stress associado com os sintomas, pensamentos cognitivos em relação aos sintomas somáticos, valor cultural e sociocultural (19).

4.1 Pontos fortes do estudo

A temática sobre a qual este estudo se desenvolve é uma problemática muito atual, estando em constante evolução nos últimos tempos, como se verifica nas alterações entre o DSM-IV e DSM-V.

Assim, é possível verificar a importância de estudos mais completos que comprovem a associação entre os sintomas somáticos e os problemas psicológicos, como a depressão e a ansiedade.

Do estudo realizado, destacamos a sua relevância pelo seguinte:

- As escalas selecionadas já haviam sido traduzidas e a sua utilização na população portuguesa já confirmada, o que se torna vantajoso para a confiança dos dados recolhidos
- As amostras dos dois grupos são quantitativamente iguais, sendo que na sua globalidade são também qualitativamente semelhantes. Ambos foram constituídos por crianças da mesma área geográfica, Covilhã, o que evita mais variáveis não controláveis.
- Os dois grupos de estudo são ajustados à idade e ao género, o que permite controlar de uma forma mais consistente as variáveis.

4.2 Limitações do estudo

Do trabalho desenvolvido, é possível identificar algumas limitações do estudo, que resultam quer do tamanho da amostra, da informação recolhida e até mesmo da própria metodologia utilizada.

Tanto a dimensão da amostra, como o intervalo de tempo em que o estudo foi realizado, são reduzidos. Eventualmente, este estudo deveria ser replicado em várias regiões do país, o que possibilitaria resultados mais sólidos, permitindo uma generalização dos dados e das conclusões para a população portuguesa.

Outra limitação deve-se ao facto da não obtenção de informação em relação aos hábitos tabágicos e alcoólicos e à constituição familiar. Estes dados de contexto ajudariam a uma melhor relação causa efeito, pela despistagem de fatores que, no presente estudo, não foram tidos em conta.

Por fim, considero que sendo escalas de autopreenchimento, os resultados podem estar sujeitos a enviesamento. Uma solução passaria pelo preenchimento do mesmo questionário por parte dos pais e dos professores, procedendo-se à sua comparação, principalmente no que se refere aos sintomas externalizantes.

5. Conclusão

Com esta investigação, verifica-se que as crianças na consulta de pediatria têm uma maior prevalência de sintomas psicossomáticos do que as crianças em contexto escolar, o que está de acordo com a primeira hipótese do estudo.

Já em relação à segunda hipótese, há uma maior prevalência de sintomas somáticos em crianças com sintomas de ansiedade e/ou depressão, foi parcialmente comprovada, já que os valores de ansiedade não são estatisticamente diferentes entre os grupos.

Tendo sido estudada uma relação entre o género feminino e a persistência entre sintomas somáticos na bibliografia existente, tal correlação foi possível aferir com este estudo.

Por outro lado, foi encontrada, na bibliografia consultada, uma associação entre as patologias dos progenitores e o nível de somatização das crianças, relação que não foi estatisticamente comprovada por esta investigação.

Tendo sido encontrada uma grande prevalência de sintomas somáticos na amostra do estudo é possível concluir da importância do desenvolvimento do conhecimento em relação a esta temática.

A associação com perturbações psíquicas, como a depressão e a ansiedade tem sido comprovada, assim como com as patologias parentais, o género feminino e os próprios traços pessoais.

Dado que os sintomas não explicados do ponto de vista orgânico são considerados um problema médico e de saúde pública, pois levam a disfunção social, dificuldades ocupacionais e aumento da utilização dos cuidados de saúde, penso que é importante objetivar o diagnóstico deste tipo de sintomas. Dessa forma, o diagnóstico tornar-se-á mais fácil e precoce, o que evitará que o bem-estar da criança seja prejudicado assim como se pode evitar todas as demais consequências.

Uma outra conclusão deste estudo refere-se à importância da procura por parte do médico pediatra ou do médico de família, de psicopatologia mais discreta subjacente, principalmente relativamente a sintomas depressivos, como é possível verificar através dos resultados apresentados anteriormente. Esta procura deve ser realizada sempre utilizando a criança como fonte de informação, assim como os pais e os professores.

No futuro, será importante realizar-se um estudo longitudinal para perceber se há continuidade destes sintomas em idade adulta, verificando desta forma se crianças com sintomas somáticos têm mais prevalência dos mesmos em idade adulta. Estudos sistémicos a nível do país também poderão ter um grande contributo para o melhor conhecimento desta doença e, como consequência, melhorar os procedimentos de diagnóstico, de tratamento e, principalmente, de prevenção.

6 Referências Bibliográficas

- (1) Tavares H, Ferreira P, Fonseca H. Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediatr Port.* 2010; 41(1): 33-7
- (2) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* Arlington: V.A. American Psychiatric Publishing; 2013.
- (3) Walker L, Beck J, Garber J, Lambert W. Children's somatization inventory: Psychometric properties of the revised form (CSI-24). *J Pediatric Psychol.* 2009 May; 430-440.
- (4) Vila M, Kramer T, Hickey N, Dattani M, Fefferis H, Singh M, Garralda E. Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory (CSI). *J Pediatr Psychol.* 2009 Oct; 34(9):989-98
- (5) Silber TJ, Pao M. Somatization disorders in children and adolescents. *Pediatr Rev.* 2003 Aug; 24(8): 255-64
- (6) Mahrer N, Montaña Z, Gold J. Relations between anxiety sensitivity, somatization, and health-related quality of life in children with chronic pain. *J Pediatr Psychol.* 2012 Aug; 808-816.
- (7) Garralda E. Unexplained physical complaints. *Child and Adolescent Psychiatr Clin North Am.* 2011 Aug; 19:2
- (8) Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med Jul-Aug.* 1998; 60(4): 420-30
- (9) Chaturvedi SK. Many faces of somatic symptom disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb; 25(1): 1-4
- (10) Garralda ME. Somatization in children. *J Child Psychol Psychiatry.* 1996 Jan; 37(1): 13-33
- (11) Rousseau S, *et al.* The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *Int J Psychophysiol.* 2014 Aug; 93(2):261-266
- (12) Sirri L, Fava G. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb; 25(1): 19-30
- (13) Barbosa A, Castanheira J, Cordeiro J. A investigação em psicossomática. Alguns aspectos teóricos e metodológicos. *Acta Med Port Port.* 1992; 5: 388-92.
- (14) Almeida V, Machado P. Somatização e alexitimia: um estudo nos cuidados de saúde primários. *Int J Clin Hlth Psych.* 2004; 4(2): 285-298
- (15) Correia P. Perturbações somatoformes e dissociativas. In: Monteiro P, editor. *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência.* Lidel; 2014; p. 1-13

- (16) Allen LB, Lu Q, Tsao J, Hayes L, Zelter L. Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Health Psychol.* 2011 Nov; 16(8): 1177-86.
- (17) Baseggio D. Psicossomática na Infância: Uma abordagem psicodinâmica. *Revista de psicologia da IMED.* 2012; 4(1): 629-639
- (18) Sandeep G, Natasha K. Somatic symptoms in consultation- liaison psychiatry. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb; 25(1):52-64
- (19) Chaturvedi S, Desai G. Measurement and assessment of somatic symptoms. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb; 25(1):31-40
- (20) Postilnik I, Eisman H, Price R, Fogel J. An algorithm for defining somatization in children. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 May; 15(2): 64-74
- (21) Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatoform disorders. Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. 2012.
- (22) Dell M, Campo J. Somatoform disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Sep; 34: 643-660
- (23) Domènech-Llaberia E, Jané C, Canals J, Ballepsí S, Esparó G, Garralda E. Parental Reports of Somatic Symptoms in Preschool children: Prevalence and associations in spanish sample. *Child Adolesc. Psychiatry.* 2004 May; 43:5.
- (24) Bujoreanu S, Randall E, Thomson K, Ibeziako P. Characteristics of Medically Hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hospital Pediatrics.* 2014 Sep; 4(5): 283-90
- (25) Ferreira S, Fontes I. Portuguese adaptation of Children's Somatization Inventory. University of Aveiro. 2013; Rev. 2011; 32:56-64
- (26) Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol med.* 1992 Feb; 22(1): 173-80
- (27) Ramchandani P, Murray L, Romano G, Vlachos H, Stein A. An investigation of health anxiety in families where children have recurrent abdominal pain. *J Pediatr Psychol.* 2011 Oct; 36(4): 409 - 419
- (28) Tyrer H, Ali L, Cooper F, Seivewright P, Bassett P, Tyrer P. The Schedule for Evaluating Persistent Symptoms (SEPS): A new method of recording medically unexplained symptoms. *Int J Soc Psychiatry.* 2013 May; 59(3): 281-7
- (29) Meesters C, Muris P, Ghys A, Reumerman T, Rooijmans M. The children's somatization inventory: further evidence for its reliability and validity in a pediatric and a community sample of dutch children and adolescents. *J Pediatr Psychol.* 2003 Sep; 28(6): 413-22
- (30) Gulewitsch M, Rosenkranz T, Barkmann C, Schlarb A. Measuring somatic complaints in primary school children: validation and revision of the german children's somatization inventory (CSI) and its parental version. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2015 Oct; 46(5):786-99
- (31) Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. 2001 May; *BMJ.* 322: 1145-1148

(32) Craig TK, Boardman AP, Mills K, Daly-Jones O, Drake H. The south London somatization study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. Br. J. Psychiatry. 1993 Nov; 163(5): 579-588

7 Anexos

Anexo I - Declaração de aceitação do estudo



Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.

Deliberação n.º: 37/2014	Data: 11.09.2014	Órgão: Reunião plenária
Título: "Prevalência de sintomas somáticos em crianças e sua associação com sintomas de depressão e ansiedade"		N.º. EudraCT:
Versão da documentação aprovada: 03.09.2014	Promotor:	Investigadores principais: Inês Neves Caldas

Membros da CES do CHCB:

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
(Presidente, Farmacêutica)

Dr.ª Ana Paula Torgal Carneira
(Vice-Presidente, Assistente Social)

Dr. João José Carvalho Ramalhão
(Enfermeiro)

Dr.ª Maria Fátima Jesus Simões
(Psicóloga)

Dr. Luís Manuel Almeida Alves Ribeiro
(Médico)

Dr. Luís Manuel Carneira Figueira
(Jurista)

Dr. António Luciano
(Teólogo)

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, em reunião realizada na data 09.09.2014, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo acima referenciado.

Ouvindo o relator, o processo foi votado pelos membros da CES do CHCB presentes:

Presidente: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
 Dr.ª Ana Paula Torgal Carneira
 Dr. Luís Manuel Almeida Alves Ribeiro
 Dr. António Luciano
 Dr. Luís Manuel Carneira Figueira

Resultado da votação:
 Apreciado o projecto, concluiu esta Comissão de Ética nada ter a opor à realização do mesmo.

Data: 11.09.2014
 O Presidente da CES do CHCB:

 (Prof. Doutor Manuel Morgado)

CHCB-IMP/COMET/01
043
Rev.2

Sede: 52 Quinta do Alvirão 4206 - 251 Covilhã ☎ 275 330 000 Fax: 275 330 081
 52 Av. Adolfo Freixo 4290 - 288 Fátima ☎ 275 330 080 Fax: 275 351 857

Anexo II: Consentimento livre e informado



IMPRESSO

Consentimento Livre e Informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

Inês Neves Caldas, estudante do 5º Ano do Mestrado Integrado de Medicina, na Faculdade das Ciências da Saúde – UBI, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “**Prevalência de sintomas somáticos em crianças e sua associação com sintomas de depressão e de ansiedade**”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Estudar a prevalência de sintomas somáticos em crianças dos 9 aos 11 anos, em contexto escolar e da consulta de pediatria. Estudar a associação dos sintomas somáticos com sintomas psíquicos, como ansiedade e depressão

Critérios de inclusão: criança dos 9 aos 11 anos, de escola primária e da consulta de pediatria.

Critérios de exclusão: Crianças com patologias orgânicas previamente diagnosticadas. Crianças com défice mental grave.

Procedimentos necessários: Preenchimento de duas escalas “HADS” e “ISC-24” por parte da criança.

Preenchimento de questionário de caracterização por parte dos progenitores.

Duração da participação no estudo: 20 minutos

Nº aproximado de participantes: 60 participantes

Contactos para esclarecimento de dúvidas: inescaldas4@hotmail.com ou 914377965

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:





IMPRESSO

Consentimento Livre e Informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 1

Revisão: 0

• Entregou esta informação;

• Explicou o propósito deste trabalho;

• Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno / Investigador _____ / ____ / ____

Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível) _____ Representante Legal

(Assinatura do Participante ou Representante Legal) _____ / ____ / ____

Data

Anexo III: Questionário de caracterização da população

Faculdade das Ciências da Saúde - UBI

Prevalência de sintomas somáticos em crianças e sua associação com sintomas de depressão e de ansiedade.

Questionário de caracterização da população

Criança

Idade:

No último ano necessitou de alguma consulta médica? Não Sim

Se sim, 1 a 2 vezes 3 ou mais vezes

Já foi diagnosticada alguma doença? Não Sim

Se sim, quais foram as doenças diagnosticadas:

- | | |
|---|--|
| - Cardiovasculares: _____ (Ex: Hipertensão) | - Endócrinas: _____ (Ex: Diabetes) |
| - Respiratórias: _____ (Ex: Asma) | - Oncológicas: _____ (Ex: Cancro da mama) |
| - Gastrointestinais: _____ (Ex: Síndrome do Cólon Irritável) | - Neurológicas: _____ (Ex: Epilepsia) |
| - Psiquiátricas: _____ (Ex: Depressão) | - Outras: _____ |

Mãe

Idade:

Profissão:

Nível académico:

Já foi diagnosticada alguma doença? Não Sim

Doenças diagnosticadas:

- | | |
|---|--|
| - Cardiovasculares: _____ (Ex: Hipertensão) | - Endócrinas: _____ (Ex: Diabetes) |
| - Respiratórias: _____ (Ex: Asma) | - Oncológicas: _____ (Ex: Cancro da mama) |
| - Gastrointestinais: _____ (Ex: Síndrome do Cólon Irritável) | - Neurológicas: _____ (Ex: Epilepsia) |
| - Psiquiátricas: _____ (Ex: Depressão) | - Outras: _____ |

Inês Neves Caldas

Prevalência de sintomas somáticos em crianças e sua associação com sintomas de depressão e de ansiedade

Faculdade das Ciências da Saúde - UBI

Pai

Idade:

Profissão:

Nível académico:

Já foi diagnosticada alguma doença? Não Sim

Doenças diagnosticadas:

- | | |
|---|--|
| - Cardiovasculares: _____ (Ex: Hipertensão) | - Endócrinas: _____ (Ex: Diabetes) |
| - Respiratórias: _____ (Ex: Asma) | - Oncológicas: _____ (Ex: Cancro da mama) |
| - Gastrointestinais: _____ (Ex: Síndrome do Cólon Irritável) | - Neurológicas: _____ (Ex: Epilepsia) |
| - Psiquiátricas: _____ (Ex: Depressão) | - Outras: _____ |

Anexo IV: HADS

Nome: _____ Prof.: _____ Data: _____

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLÍNICA – HADS

Este questionário foi constituído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:	2. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
<input type="checkbox"/> Quase sempre	<input type="checkbox"/> Quase sempre
<input type="checkbox"/> Muitas vezes	<input type="checkbox"/> Muitas vezes
<input type="checkbox"/> Por vezes	<input type="checkbox"/> Por vezes
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Nunca

Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD (Zigmond & Snaith, 1983). Tradução e adaptação para a língua portuguesa de M. Baltar e J. Ribeiro (1999): versão portuguesa em estudo

Anexo V: ISC-24

ISC-24

Segue uma lista de sintomas físicos. Indica, nas duas últimas semanas, quanto é que cada sintoma te aborreceu?

	Nada	Um pouco	Algumas vezes	Muito	Muitíssimo
1. Dores de cabeça	0	1	2	3	4
2. Sensação de desmaio ou tontura	0	1	2	3	4
3. Dor no coração ou peito	0	1	2	3	4
4. Sensação de falta de energia ou movimentos lentos	0	1	2	3	4
5. Dor na parte inferior das costas	0	1	2	3	4
6. Dores musculares	0	1	2	3	4
7. Dificuldade em respirar (quando não estás a fazer exercício físico)	0	1	2	3	4

Children's Somatization Inventory, CSI-24 (LS Walker, JE Beck, J Garber, W Lambert). Tradução e Adaptação para a língua portuguesa de S. Ferreira, S Monteiro, A Pereira (2014)