

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



UBI
Covilhã
Portugal

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

**Observação ultra-sonográfica, aspectos psicológicos e
qualidade de vida.**

Catarina Soares Ribeiro

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Covilhã, Maio de 2010

Universidade da Beira Interior

Faculdade de Ciências da Saúde



UBI
Covilhã
Portugal

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

**Observação ultra-sonográfica, aspectos psicológicos e
qualidade de vida.**

Por

Catarina Soares Ribeiro

Orientada por

Doutor Eduardo Pereira

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Covilhã, Maio de 2010

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica do Doutor Eduardo Pereira, Gastreenterologista no Hospital Amato Lusitano e Professor na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco.

DECLARAÇÃO

Declaro que esta dissertação é o resultado da minha investigação pessoal e independente, o seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto e na bibliografia.

Declaro que a obtenção dos dados em estudo foi realizada após aprovação do Conselho de Administração, da Comissão de Ética e do Director do Serviço de Gastrenterologia do Hospital Amato Lusitano, Castelo Branco.

Declaro ainda que esta dissertação não foi aceite em nenhuma outra instituição para qualquer grau, nem está a ser apresentada para obtenção de um outro grau para além daquele a que diz respeito.

O candidato,

Covilhã, Maio de 2010

À Helena.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Dr. Eduardo Pereira, pelo entusiasmo e prontidão com que aceitou colaborar neste trabalho, pela dedicação, empenho e motivação sempre demonstrados e pelo excepcional exemplo de humanidade e de prática médica.

À Universidade da Beira Interior , particularmente à Faculdade de Ciências de Saúde, por ter disponibilizado todas as condições necessárias à minha formação científica e pessoal ao longo destes seis anos, e especificamente ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco por, desde sempre, ter sido uma fonte de inspiração pessoal e profissional.

Aos que aceitaram participar neste trabalho, sem os quais este não se teria concretizado.

Àqueles cujo agradecimento é superfluo, pois o seu apoio e suporte foi e será sempre inquestionável.

Resumo

O Síndrome do Intestino Irritável constitui um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns. À semelhança de outras doenças crónicas, a redução da qualidade de vida destes doentes tem sido documentada, bem como o papel da interacção entre factores psicológicos e alterações da motilidade intestinal na patofisiologia deste síndrome. A avaliação do cólon através da ultra-sonografia tem sido sugerida por alguns estudos na abordagem dos pacientes com esta patologia. A presente investigação visa observar, através do recurso à ultra-sonografia abdominal, os padrões de motilidade intestinal em pacientes com critérios de Roma III para síndrome do intestino irritável, bem como documentar os respectivos níveis de ansiedade, depressão, stress e qualidade de vida. Para tal, desenvolveu-se um estudo tipo série de casos, com base numa amostra de conveniência. Esta foi constituída por pacientes com dor ou desconforto abdominal e/ou alteração dos hábitos intestinais, referenciados para realização de ecografia abdominal no serviço de gastroenterologia do HAL, no período decorrente entre Dezembro de 2009 e Março de 2010. Os resultados obtidos não evidenciam um compromisso da qualidade de vida, avaliada através da versão abreviada do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Brief), nem demonstram comorbilidade psicológica significativa quando efectuada a avaliação do estado emocional com base na Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21). No que respeita às observações obtidas através da ultra-sonografia abdominal, todos os participantes apresentam imagens sugestivas de motilidade intestinal alterada, sendo a mais comum a que traduz um padrão de “estase do cólon ascendente e transversal”. A reduzida dimensão da amostra é um factor limitante do estudo pelo que outros estudos serão necessários para avaliar o papel da ultra-sonografia abdominal na abordagem dos doentes com sintomas positivos para SII.

Palavras-chave: Síndrome do intestino irritável, ansiedade, depressão, *stress*, ultrasonografia abdominal.

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the most common functional gastrointestinal disorders and its impact on quality of life has been widely study. Interactions between psychological factors and altered gut's motility have also been described in the pathophysiology of this syndrome. Ultrasonographic assessment of colon has been suggested in the management of patients with irritable bowel syndrome. The present study aimed to observe intestinal motility patterns, in patients with Rome III criteria for IBS, using abdominal ultrasonography, as well as to document their anxiety, depression, stress and quality of life levels. A case series study was performed based on a sample constituted by five consecutive patients with Rome III criteria for IBS, undergoing abdominal ultrasound studies at gastroenterology service of Hospital Amato Lusitano, between December of 2009 and March of 2010. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Breef) and of the shortened version Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) were administered to assess quality of life and psychological morbidity. The results didn't show a reduction in quality of life neither a significant psychological morbidity. In what concern the images obtained by abdominal ultrasound, all participants showed suggestive images of altered intestinal motility, being the most common a *stasis pattern* in ascending and transverse colon. This study is limited by the small sample size. Further studies are needed to evaluate the utility of abdominal ultrasound in management of patients with positive symptoms to IBS.

Keywords: Irritable bowel syndrome, anxiety, depression, stress, abdominal ultrasound.

Índice geral

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	viii
Índice geral.....	ix
Índice de ilustrações.....	x
Lista de abreviaturas.....	xi
INTRODUÇÃO.....	1
METODOLOGIA.....	3
Desenho do estudo.....	3
Amostra.....	3
Considerações éticas.....	4
Método e materiais.....	4
Análise estatística.....	8
RESULTADOS.....	9
Caracterização socio-demográfica da amostra.....	9
Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Breef.....	13
DISCUSSÃO.....	16
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22
ANEXOS.....	28
Anexo I.....	29
Anexo II.....	30
Anexo III.....	31
Anexo III.....	32

Índice de ilustrações

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição dos indivíduos por idades

Gráfico 2. *Scores* obtidos nas sub-escalas da EADS-21 de acordo com a idade

Gráfico 3. Padrões de motilidade intestinal observados à ultra-sonografia abdominal

Índice de quadros

Quadro 1. Critérios diagnósticos (Roma III) para SII

Índice tabelas

Tabela 1. Características socio-demográficas dos participantes

Tabela 2. Distribuição de frequências e análise descritiva das respostas obtidas na EADS-21

Tabela 3. Estatística descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas EADS-21

Tabela 4. Estatística descritiva dos resultados nos domínios do questionário WHOQOL-Brief

Tabela 5. Distribuição de frequências e análise descritiva das respostas obtidas nas questões gerais do WHOQOL-Brief

Lista de abreviaturas

DP – Desvio Padrão

EADS-21- Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress*

ECD - Exames complementares de diagnóstico

GI - Gastrointestinais

HAL - Hospital Amato Lusitano

M- Média

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de Vida

SII - Síndrome do intestino irritável

WHOQOL-Breef - Versão abreviada do World Health Organization Quality of Life

INTRODUÇÃO

Com uma prevalência de 7% a 20%,⁽¹⁻⁴⁾ o Síndrome do Intestino Irritável (SII) constitui um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns, sendo caracterizada por dor ou desconforto abdominal persistentes, associados a alterações dos hábitos intestinais.⁽⁴⁾

⁶⁾ Até ao momento não foram descritas alterações patognomónicas identificáveis nos

exames complementares de

Quadro 1. Critérios diagnósticos (Roma III) para SII*

Dor ou desconforto abdominal recorrente durante \geq 3 dias por mês, nos últimos 3 meses, associados a duas ou mais das seguintes características:

1. Melhoria com a defecação
 2. Associado a alterações na frequência das evacuações
 3. Associado a variações na forma das fezes
-

* Início dos sintomas pelo menos 6 meses antes do diagnóstico

diagnóstico (ECD), pelo que o seu

diagnóstico é baseado na presença

de sintomas positivos, definidos

pelos critérios de *Roma III* (Quadro

1), na ausência de sinais de alarme

sugestivos de doença orgânica.^{(4, 6-}

⁸⁾ Estes critérios apresentam um valor preditivo positivo de 98% na distinção entre SII e doença orgânica.⁽⁹⁻¹¹⁾ A utilidade de diferentes exames diagnósticos foi revista, tendo

sido demonstrado que, em pacientes que preencham os critérios de Roma para SII, a

probabilidade de diagnosticar doença inflamatória intestinal, cancro colorectal ou

diarreia infecciosa é idêntica à da população em geral (inferior a 1%).⁽¹²⁾ Contudo,

verifica-se uma realização sistemática de ECD⁽¹³⁻¹⁶⁾ e procedimentos invasivos nestes

doentes.^(14, 15, 17) Para além de não modificarem o curso natural da doença^(12, 18)

acarretam um consumo desproporcional de recursos de saúde,⁽¹⁹⁻²¹⁾ reduzem a qualidade

de vida (QV),⁽²²⁻²⁷⁾ e perpetuam a ansiedade relacionada com o diagnóstico tardio.

Apesar da fisiopatologia deste síndrome não estar completamente esclarecida, grandes

avanços têm sido feitos no sentido de compreender a interacção e o papel dos vários

factores aparentemente envolvidos na génese da doença.⁽²⁸⁻³²⁾ Pacientes com SII apresentam um elevado nível de ansiedade, depressão e somatização comparativamente à população saudável e àqueles que apresentam distúrbios GI orgânicos.⁽³³⁻³⁶⁾ Apesar de nem todos os pacientes com SII apresentarem um componente psicológico associado, a interação deste factor com os factores biológicos já conhecidos, está implicada na patofisiologia deste síndrome.^(32, 37, 38) Uma melhor compreensão deste tópico tem sido alcançada graças a estudos que demonstram o papel da desregulação do plexo nervoso entérico e das suas interações com sistema nervoso central, o que se traduz numa hipersensibilidade visceral e reactividade motora intestinal alterada.^(28, 29, 31, 39, 40)

As orientações para a abordagem de pacientes com clínica compatível de SII não contemplam o recurso à ecografia abdominal.⁽⁴⁾ Contudo, alguns estudos têm investigado a utilidade da avaliação ultra-sonográfica do cólon sigmóide nestes doentes.⁽⁴¹⁻⁴³⁾ Kusunoki et al (2006) avaliou os padrões de motilidade do colón sigmóide através da ultra-sonografia abdominal, em pacientes com SII e em voluntários saudáveis, tendo demonstrado que, de todos os padrões de espasticidade, 80% verificavam-se no primeiro grupo. Neste mesmo grupo, observou-se um padrão de espasticidade em 66% dos casos.⁽⁴²⁾

O presente trabalho visa observar os padrões de motilidade intestinal, através do recurso à ultra-sonografia abdominal, em pacientes com critérios de Roma III para SII. Pretende-se também documentar os níveis de ansiedade, depressão e *stress*, bem como a qualidade de vida dos participantes.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

O presente estudo pode ser considerado um estudo descritivo, do tipo série de casos, ^(44, 45) cujo objectivo visou a caracterização dos aspectos psicológicos e os padrões de motilidade intestinal presentes nos doentes com critérios de Roma III para SII, observados no serviço de gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano (HAL). Obteve-se, portanto, uma amostra de conveniência, resultado de um processo de amostragem não aleatória.

Amostra

Foram considerados todos os pacientes com dor/desconforto abdominal e/ou alteração dos hábitos intestinais, referenciados para realização de ecografia abdominal no serviço de gastroenterologia do HAL, no período decorrente entre Dezembro de 2009 e Março de 2010. Foram seleccionados e convidados a participar no estudo os doentes que apresentavam os seguintes critérios de inclusão:

- Presença de sintomas consistentes com os critérios de Roma III para SII (Quadro1);
- Idade superior a 17 anos;
- Ausência de sinais de alarme (nomeadamente febre, perda ponderal, perdas hemáticas, anemia, massas abdominais);
- Ausência de outra patologia do foro gastrointestinal, ginecológico ou psiquiátrico diagnosticada/conhecida;

- Ausência de tratamento corrente com medicação capaz de interferir com a motilidade intestinal (nomeadamente antiespasmódicos, antidiarreicos, procinéticos, antidepressivos, ansiolíticos);
- Exame ultra-sonográfico sem evidência de sinais de lesão orgânica (quisto ovárico, doença diverticular do cólon, doença inflamatória intestinal, entre outros).

Todos os doentes seleccionados aceitaram participar no estudo.

Considerações éticas

O protocolo do estudo obteve o parecer favorável da comissão de ética do HAL, tendo sido aprovado pelo Conselho de Administração do mesmo.

Todos os participantes assinaram um Consentimento Informado no qual eram explicados os objectivos da investigação, a colaboração deles esperada, sendo garantido anonimato e confidencialidade.

Método e materiais

Após observação médica e realização da ultra-sonografia abdominal por um gastroenterologista especializado, foi pedido aos participantes que preenchessem, de forma sincera, os questionários, estando o investigador disponível para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Ultra-sonografia abdominal

Todas as ecografias foram efectuadas pelo mesmo gastroenterologista, utilizando uma sonda convexa de 5 MHz (ecógrafo Hitachi, modelo Eub-6000). O exame ultrassonográfico, realizado em jejum, visou uma avaliação completa do abdómen, incluindo a visualização do intestino delgado e cólon, bem como do padrão de motilidade intestinal predominante. Assim, para efeitos de registo, foram delineadas pelo investigador cinco categorias: normal, estase à direita (inclui cólon ascendente e transversal), estase à esquerda (inclui cólon descendente e sigmóide), espasticidade e misto (estase e espasticidade em diferentes segmentos intestinais), sendo que “estase” representa um padrão de distensão intestinal, com resíduo fecal e gasoso, e “espasticidade” corresponde a um padrão de contracção persistente da parede intestinal.

Questionários

Para a recolha dos dados sócio-demográficos foi utilizado um questionário auto-preenchido com perguntas fechadas relativas aos parâmetros: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação laboral, hábitos tabágicos e alcoólicos.

A avaliação da QV foi efectuada através da versão abreviada do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Brief). Esta, à semelhança da versão longa (WHOQOL-100) que lhe está subjacente, foi construída por um grupo de peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como base uma definição de QV de natureza subjectiva, transcultural e multidimensional, bem como um protocolo metodológico rigoroso, tornando-a num dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a QV de indivíduos adultos.⁽⁴⁶⁾ Dadas as características transculturais dos questionários referidos, estes são passíveis de serem ainda utilizados

em estudos comparativos de populações de diferentes países e culturas. Podem ser utilizados em pacientes com qualquer tipo de doença, assim como em indivíduos saudáveis, podendo ser aplicados nas modalidades de autopreenchimento ou entrevista. O WHOQOL-Brief tem revelado características psicométricas adequadas, tornando-se uma alternativa válida ao WHOQOL-100.⁽⁴⁶⁾ É composto por 26 questões organizadas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente. Cada pergunta é cotada de 1 a 5, numa escala tipo Likert. Os resultados devem ser analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios, não existindo uma pontuação total do instrumento. A QV em geral é avaliada por uma questão específica. De forma geral, resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. No presente estudo, por dificuldade em aceder atempadamente à versão em português (de Portugal), foi utilizada a versão em português do WHOQOL-Brief, desenvolvida no Centro WHOQOL para o Brasil, disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#tab5>.

A avaliação do estado emocional foi realizada através da Escala de Ansiedade, Depressão e *Stress* (EADS-21). Esta é uma adaptação da Depression Anxiety *Stress* Scale (DASS), desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e adaptada à população portuguesa no estudo de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal (2004).⁽⁴⁷⁾ Esta escala tem por base o modelo tripartido Watson (1991), no qual os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas: afecto negativo/*stress*, ansiedade e depressão. A primeira inclui sintomas relativamente inespecíficos como humor deprimido e ansioso, insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração, dificuldades em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e

desilusão. A depressão e a ansiedade constituem as outras duas estruturas. A depressão caracteriza-se principalmente pela perda de auto-estima e motivação, estando associada à percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de tensão somática, hiperactividade e respostas intensas de medo. A EADS assume que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, as diferenças entre depressão, ansiedade e *stress* experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau.⁽⁴⁷⁾ Esta escala consiste num questionário de auto-avaliação composto por 21 itens, agrupados em três sub-escalas (ansiedade, depressão e *stress*), constituídas por sete itens cada. Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala (tipo Likert) de quatro pontos de gravidade ou frequência (classificados de 0 a 3) correspondendo o 0 a “não se aplicou nada a mim”, o 1 a “aplicou-se a mim algumas vezes”, o 2 a “aplicou-se a mim de muitas vezes”, e o 3 a “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Os resultados de cada sub-escala são determinados pelo somatório dos resultados dos sete itens. A escala fornece, assim, três notas, uma por sub-escala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada sub-escala correspondem a estados emocionais mais negativos. Os itens da EADS de 21 itens foram seleccionados de modo que a mesma possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens, multiplicando a nota por dois.⁽⁴⁷⁾

Análise estatística

O registo dos dados e a análise estatística foram efectuados com recurso à versão inglesa do Software Estatístico SPSS[®] 17.0 para Microsoft Windows[®]. Todos os dados foram submetidos a uma análise estatística descritiva que envolveu a descrição da distribuição de frequências, mínimos, máximos, média e desvio padrão.

RESULTADOS

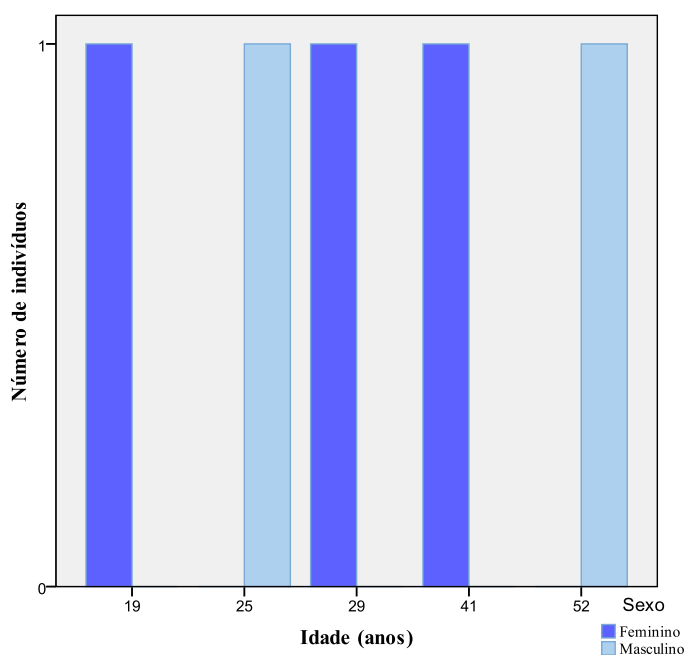
Caracterização socio-demográfica da amostra

A amostra analisada foi composta por cinco indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (60%), com idades compreendidas entre os 19 os 52 anos ($M=33,20$; $DP=13,24$; mediana=29). A maioria encontrava-se solteira (60%), detinha um nível de escolaridade equivalente ao ensino superior (60%) e trabalhava a tempo inteiro (40%) ou era estudante (40%).

Tabela 1. Características socio-demográficas dos participantes

Total (N=5)	n	(%)
Sexo		
Masculino	2	(40)
Feminino	3	(60)
Estado civil		
Solteiro	3	(60)
Casado/vive como casado	2	(40)
Separado/divorciado/viúvo	0	0
Nível de escolaridade		
Analfabeto	0	0
Ensino Básico/Secundário	2	(40)
Ensino superior	3	(60)
Situação laboral		
“Full time”	2	(40)
“Part time”	1	(20)
Desempregado/ baixa/ reformado	0	0
Estudante	2	(40)
Hábitos tabágicos		
Não fumador	4	(80)
Ex-fumador	0	0
Fumador	1	(20)
Hábitos alcoólicos		
Inexistentes	4	(80)
Leves	1	(20)
Moderados	0	0

Gráfico 1. Distribuição dos indivíduos por idades



A distribuição dos indivíduos por idades e uma descrição mais detalhada das características socio-demográficas da amostra são apresentadas no Gráfico 1 e na Tabela 1, respectivamente.

Avaliação do estado emocional através da EADS-21

A Tabela 2 apresenta a distribuição de frequências e a análise descritiva dos dados resultantes da aplicação da EADS-21. Através da observação dos dados verifica-se que os sentimentos experimentados com maior frequência são traduzidos por itens incluídos na sub-escala de *stress* [“Senti que estava a utilizar muita energia nervosa” (M=2,00; DP=0,71), “Dei por mim a ficar agitado” (M=1,80; DP=0,45), “Senti que por vezes estava sensível” (M=1,80; DP=0,45)]. É ainda notório que para a quase totalidade dos itens que constituem esta sub-escala, excepto para um, todos os entrevistados responderam pelo menos “Aplicou-se a mim algumas vezes”, o que não se verifica nos itens que compõem as outras sub-escalas, nos quais a opção “Não se aplicou nada a mim” foi reportada com maior frequência comparativamente à sub-escala de *stress*.

Os itens “Senti que não tinha muito valor como pessoa” (M=0,20; DP=0,45) e “Senti que a vida não tinha sentido” (M=0,20; DP 0,45), inseridos na sub-escala da depressão, foram os menos reportados, sendo que 80% dos inquiridos responderam “Não se aplicou nada a mim”, em ambos os itens.

A sub-escala relativa ao *stress* apresenta a nota mais elevada (M=11,00; DP=1,41), seguida da sub-escala da ansiedade (M=5,00; DP=2,65) e da depressão (M=4,80; DP 5,36), como se pode verificar na Tabela 3 e no Gráfico 2. Estes dados sugerem a presença de maior morbilidade psicológica atribuível a estados emocionais relativamente inespecíficos, avaliados pelos itens que constituem a sub-escala de *stress*.

Tabela 2. Distribuição de frequências e análise descritiva das respostas obtidas na EADS-21

	(0) Não se aplicou nada a mim n(%)	(1) Aplicou-se a mim algumas vezes n(%)	(2) Aplicou-se a mim de muitas vezes n(%)	(3) Aplicou-se a mim a maior parte das vezes n(%)	Mínimo	Máximo	Média*	Desvio padrão*	
Depressão	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	3(60%)	1 (20%)	0	1 (20%)	0	3	0,80	1,30
	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	2(40%)	3 (60%)	0	0	0	1	0,60	0,54
	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	3(60%)	1 (20%)	1(20%)	0	0	2	0,60	0,89
	Senti-me desanimado e melancólico	0	4 (80%)	0	1 (20%)	1	3	1,40	0,89
	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	2(40%)	2 (40%)	0	1 (20%)	0	3	1,00	1,22
	Senti que não tinha muito valor como pessoa	4(80%)	1 (20%)	0	0	0	1	0,20	0,45
	Senti que a vida não tinha sentido	4(80%)	1 (20%)	0	0	0	1	0,20	0,45
Stress	Tive dificuldades em me acalmar	0	4 (80%)	0	1 (20%)	1	3	1,40	0,89
	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	1	3	1,60	0,89
	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	1	3	2,00	0,71
	Dei por mim a ficar agitado	0	1 (20%)	4 (80%)	0	1	2	1,80	0,45
	Senti dificuldade em me relaxar	0	2 (40%)	3 (60%)	0	1	2	1,60	0,54
	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	1(20%)	4 (80%)	0	0	0	1	0,80	0,44
	Senti que por vezes estava sensível	0	1 (20%)	4 (80%)	0	1	2	1,80	0,45
Ansiiedade	Senti a minha boca seca	1(20%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	0	3	1,40	1,14
	Senti dificuldades em respirar	4(80%)	0	1 (20%)	0	0	2	0,40	0,89
	Senti tremores	2(40%)	3 (60%)	0	0	0	1	0,60	0,54
	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	3(60%)	2 (40%)	0	0	0	1	0,40	0,54
	Senti-me quase a entrar em pânico	2(40%)	2 (40%)	1 (20%)	0	0	2	0,80	0,83
	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2(40%)	2 (40%)	1 (20%)	0	0	2	0,80	0,83
	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	2(40%)	3 (60%)	0	0	0	1	0,60	0,54

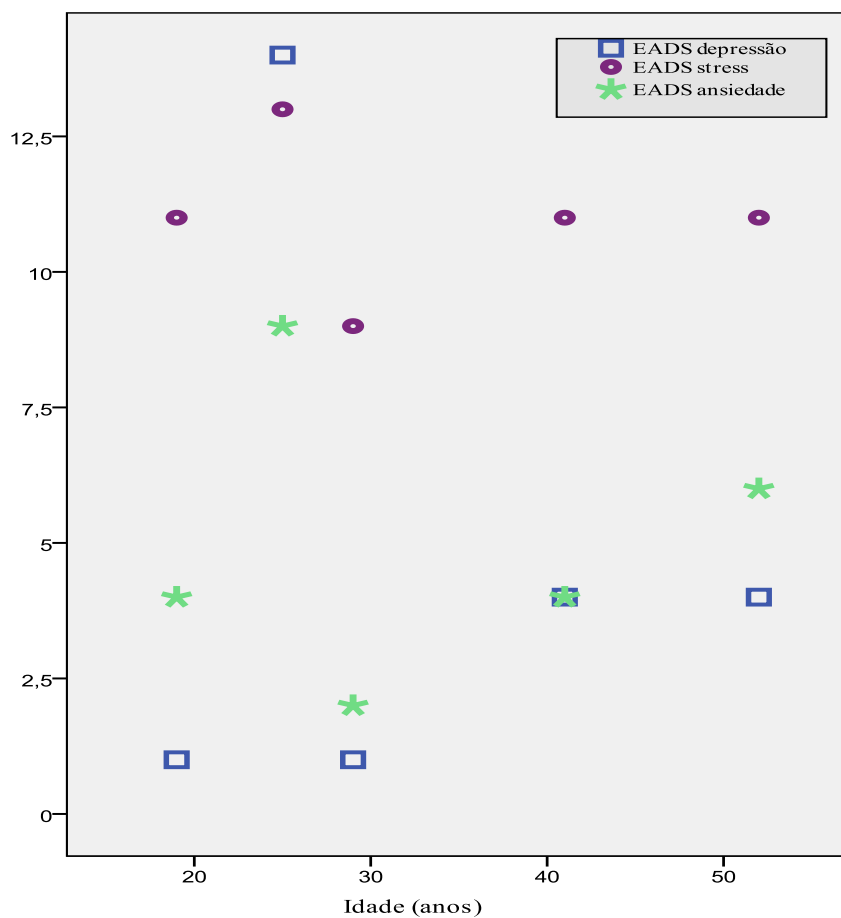
N = 5

*A média e o desvio padrão são apresentados apenas para facilitar a análise dos dados, uma vez que tais parâmetros não tem significado estatístico para variáveis ordinais.

Tabela 3. Estatística descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas EADS-21

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
EADS - Depressão	5	1	14	4,80	5,36
EADS - Stress	5	9	13	11,00	1,41
EADS - Ansiedade	5	2	9	5,00	2,65
N	5				

Gráfico 2. Scores das sub-escalas da EADS-21 de acordo com a idade



Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Brief

A análise descritiva dos resultados obtidos nos diferentes domínios do questionário WHOQOL-Brief (Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente) é descrita na Tabela 4.

Tabela 4. Estatística descritiva dos resultados nos domínios do questionário WHOQOL-Brief

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio- Padrão	Valores de referência da escala		
						Mínimo possível	Máximo possível	Média
WHOQOL Físico	5	20,00	26,00	23,20	2,39	7	35	21
WHOQOL Psicológico	5	19,00	25,00	20,80	2,49	6	30	18
WHOQOLRelações sociais	5	9,00	14,00	11,40	1,95	3	15	9
WHOQOL Meio Ambiente	5	25,00	29,00	26,40	1,67	8	40	24
N	5							

Relativamente ao domínio “Físico”, cuja avaliação média é 21, pode ver-se que os respondentes estão acima do ponto médio da escala ($M=23,20$; $DP=2,39$). Isto significa que os constituintes desta amostra se encontram satisfeitos com a sua condição física.

Quanto ao domínio “Psicológico”, verifica-se que em média (M=20,80; DP=2,49) os respondentes estão acima do ponto médio da escala, 18. Este resultado, indica que os respondentes estão satisfeitos com a sua capacidade psicológica.

No que diz respeito à dimensão “Relações sociais”, a avaliação média desta dimensão (M=11,40; DP=1,95) nos respondentes está acima do ponto médio da escala, que é de 9. Este resultado indica que os indivíduos que constituem a amostra, estão satisfeitos com as suas relações sociais.

Finalmente, no que concerne à dimensão “Meio ambiente”, verifica-se que estão satisfeitos, uma vez que a média da sua avaliação é de 26,40 (DP=1,67) contra a média da escala que é de 24.

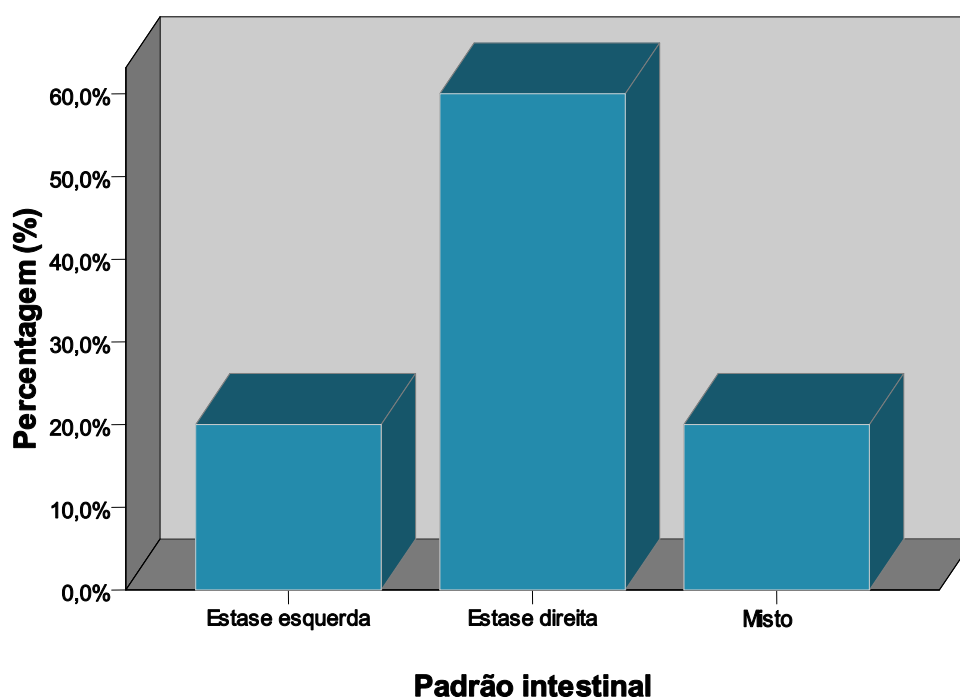
Os resultados relativos às questões gerais do WHOQOL-Breef apresentam-se na tabela 5.

A análise dos resultados relativos à observação ultra-sonográfica do abdómen revela que todos os participantes apresentam imagens sugestivas de uma motilidade intestinal alterada, sendo que a maioria, 60% (n=3), apresenta um padrão de “estase à direita”, 20% (n=1) evidencia “estase à esquerda” e 20% (n=1) apresenta um padrão misto com “estase e espasticidade” (Gráfico 3).

Tabela 5. Distribuição de frequências e análise descritiva das respostas obtidas nas questões gerais do WHOQOL-Brief

	Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Q 1. Qualidade de vida geral	0	1(20%)	3(60%)	1(20%)	0	2	4	3,00	0,70
Q 2. Satisfação com a saúde	0	1(20%)	2(40%)	2(40%)	0	2	4	3,20	0,83
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre				
Q 26. Frequência de sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão	0	1(20%)	3(60%)	1(20%)	0	2	4	3,00	0,70
N = 5									

Gráfico 3. Padrões de motilidade intestinal observados na ultra-sonografia abdominal



DISCUSSÃO

O SII constitui uma entidade clínica prevalente, que acarreta elevados custos de saúde, estando associado a comorbilidade psicológica significativa e compromisso da qualidade de vida.⁽⁴⁾ O impacto na qualidade de vida tem-se demonstrado equiparável ao de outras patologias como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e insuficiência renal.^(23, 24) Estudos prévios reportam uma prevalência de perturbações psicológicas até 10% mais elevada em pacientes com SII, comparativamente a grupos de controlo, sendo as mais documentadas as perturbações de humor e de ansiedade generalizada.⁽³²⁻³⁵⁾

Os objectivos deste estudo não contemplam, contudo, o diagnóstico de distúrbios psiquiátricos mas a avaliação do estado afectivo-emocional dos participantes, efectuada através da aplicação da EADS-21. A obtenção de pontuações superiores na sub-escala de *stress*, relativamente às outras sub-escalas, sugere uma morbilidade psicológica atribuível maioritariamente a estados emocionais caracterizados por excitação e tensão persistentes, baixo nível de resistência à frustração e desilusão, aspectos avaliados pelos itens que constituem a sub-escala em causa. Estes resultados são corroborados por outros estudos que evidenciam igualmente scores superiores na sub-escala de *stress*, comparativamente às outras sub-escalas da EADS-21.⁽³⁵⁾ Contudo, no presente estudo verificam-se *scores* consideravelmente inferiores em todas as sub-escalas da EADS-21 comparativamente aos relatados na literatura existente para os doentes com SII.⁽³⁵⁾ No entanto, salienta-se que a maioria dos indivíduos (60%) assinalou a opção “Frequentemente” na questão constante no WHOQOL-Brief relativa à “Frequência de sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão”.

Relativamente à qualidade de vida, apesar dos índices obtidos nos quatro domínios do questionário WHOQOL-Brief serem superiores à média da respectiva escala, a maioria dos indivíduos (66%) considera a sua qualidade de vida em geral “Nem boa nem má”.

Os resultados obtidos no presente trabalho não corroboram a comorbidade psicológica e redução da qualidade de vida reportada na literatura em pacientes com SII. Tais resultados podem reflectir, por um lado, limitações inerentes às respectivas escalas, por incluírem itens inespecíficos, nomeadamente a sub-escala *stress*, e por serem referentes a um período temporal muito recente (uma semana na EADS e duas semanas no WHOQOL-Brief). Por outro lado, podem traduzir a aplicação do questionário num momento inadequado, nomeadamente após a intervenção médica, na qual para além da componente diagnóstica, pode ter havido uma atitude terapêutica que poderá ter influenciado os inquiridos e a forma como responderam aos questionários. Para além dos aspectos supra-citados, a severidade e a duração da doença constituem parâmetros passíveis de influenciar as respostas fornecidas. Estudos anteriores sugerem que a deterioração da QV é proporcional à severidade dos sintomas e à duração da doença, sendo também sugerido um maior impacto na QV nos indivíduos com subtipo com predomínio de diarreia. ^(22, 27) Apesar dos dados relativos a estes parâmetros não terem sido quantificados na presente investigação, estes constituem factores importantes a considerar na análise dos resultados, pois a presença de doença com severidade ligeira pode justificar os baixos níveis de ansiedade, depressão e *stress* verificados.

Relativamente aos padrões de motilidade intestinal, alguns autores têm sugerido que aqueles podem ser influenciados pela estimulação emocional, tendo-se documentado, particularmente em pacientes com SII, alterações do esvaziamento

gástrico, exacerbação do reflexo gastrocólico e aceleração do trânsito intestinal no seguimento de eventos *stressantes*.^(29, 40) O presente estudo demonstrou a presença de padrões de motilidade intestinal alterada, sendo o mais frequentemente observado o correspondente a uma redução da motilidade intestinal, traduzido por um padrão de estase. No entanto, a impossibilidade de comparação das observações com um grupo de controlo limita a análise destes resultados.

Em estudos posteriores revela-se de crucial importância a definição mais rigorosa dos padrões intestinais passíveis de serem observados, bem como a comparação dos resultados com controlos saudáveis. Na eventualidade destes padrões efectivamente serem verificados em estudos devidamente desenhados e dotados de amostra significativa, seria ainda pertinente investigar em que medida estes padrões se correlacionam com o estado emocional dos pacientes e até que ponto os mesmos se perpetuam para além dos estados de *stress* emocional.

A observação de padrões intestinais característicos em pacientes com sintomas compatíveis com SII, pode favorecer o diagnóstico de SII e evitar a realização desnecessária de exames invasivos e dispendiosos que, para além de aumentarem a ansiedade associada à suspeita de doença orgânica, atrasam o estabelecimento diagnóstico e o início de uma intervenção terapêutica adequada.⁽¹³⁾ Para além do exposto, a observação do comportamento intestinal e da sua relação com variáveis psicopatológicas pode conduzir a uma melhor compreensão dos mecanismos fisiopatológicos subjacentes ao síndrome e acarretar implicações em termos das opções terapêuticas disponíveis e prognóstico nestes indivíduos.

No entanto, a ultra-sonografia apesar de ser uma técnica relativamente pouco dispendiosa e não invasiva, possui a desvantagem de ser extremamente dependente da perícia do examinador e do grau de sensibilidade que o mesmo possui na detecção dos padrões intestinais previamente descritos.⁽⁴⁸⁾

Limitações do estudo:

Apesar de não ser intuito da presente investigação, é de salientar que a amostra estudada não permite a extrapolação dos resultados para a população de doentes com SII, visto tratar-se de uma amostra de conveniência obtida através de um processo de amostragem não aleatória, dada a restrição de recursos e tempo, imposta por questões de índole académica. O tipo de estudo efectuado inviabiliza a elaboração de deduções de causalidade entre os eventos avaliados (ao impossibilitar o estabelecimento de relação temporal de acontecimentos), bem como impossibilita a aplicação de testes de associação entre as variáveis em estudo, não permitindo uma análise estatística inferencial com extrapolação dos dados para a população em geral. No entanto, os estudos descritivos permitem o levantamento de questões relativas a problemáticas pouco abordadas, que servem de base ao planeamento de futuras investigações mais elaboradas, com metodologias apropriadas para investigar e testar hipóteses relativas a essas temáticas.^(44, 45) Com a actual investigação pretende-se suscitar o interesse face à patologia em questão e incentivar a avaliação da utilidade de novas abordagens diagnósticas e terapêuticas nestes doentes.

Outro factor que pode constituir uma limitação do estudo prende-se com o facto de exames simples para despiste de doença orgânica como hemograma, dosagem da proteína C reactiva, velocidade de sedimentação, função tiroideia, e, quando indicado,

exame parasitológico das fezes, serologias para doença celíaca e colonoscopia, não terem sido requisitados pelo investigador. Assim, o diagnóstico de SII foi efectuado com base na presença dos critérios de Roma III e na ausência de sinais de alarme. Contudo, revela-se oportuno referir que a maioria dos participantes afirmou ter realizado previamente múltiplos exames complementares de diagnóstico, ainda que não tenham sido tidos em consideração por não tendo sido possível aceder aos memos.

Uma forma de ultrapassar os obstáculos referidos passaria por constituir uma amostra de indivíduos com diagnóstico previamente estabelecido. No entanto, e dada a diversidade de critérios diagnósticos disponível,⁽⁴⁹⁾ a melhor forma de garantir a uniformidade da amostra consistiria em seleccionar os indivíduos que preenchessem os mesmos critérios de diagnóstico, que seriam seleccionados previamente pelo investigador.

Seria igualmente pertinente realizar uma caracterização mais exaustiva dos indivíduos, nomeadamente no que respeita à ocorrência de eventos adversos na infância e vida adulta (divórcio, morte de familiar e abuso físico, psicológico ou sexual), dado o papel destes determinantes na expressão e prognóstico da doença.^(4, 32, 37) Seria relevante caracterizar o subtipo predominante de SII, bem como a duração e severidade dos sintomas pelas razões já apresentadas ao longo da discussão.

CONCLUSÃO

Os indivíduos estudados na presente investigação não reportaram um compromisso da QV nem comorbilidade psicológica semelhantes aos descritos em doentes com SII grau moderado a grave, noutros estudos. No que respeita às observações obtidas através da ultra-sonografia abdominal, todos evidenciaram imagens sugestivas de motilidade intestinal alterada. Contudo, esta observação é limitada pela dimensão reduzida da amostra. Estudos futuros são necessários para avaliar o papel da ultra-sonografia abdominal na abordagem dos doentes com sintomas positivos para SII.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gwee KA. Irritable bowel syndrome in developing countries-a disorder of civilization or colonization? *Neurogastroenterol Motil*2005 Jun;17(3):317-24.
2. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR, 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol*2002 Aug;97(8):1910-5.
3. Andrews EB ES, Hollis KA e t al. . Prevalence and demographics of irritable bowel syndrome: results from a large web-based survey. *Aliment Pharmacol Ther*2005;22:935 - 42.
4. IBS ACoGTFo. An Evidence-Based Systematic Review on the Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*2009;104 Suppl 1:4-31.
5. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology*2006 Apr;130(5):1377-90.
6. Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointestin Liver Dis*2006 Sep;15(3):237-41.
7. Cash BD, Chey WD. Irritable bowel syndrome - an evidence-based approach to diagnosis. *Aliment Pharmacol Ther*2004 Jun 15;19(12):1235-45.
8. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*2006 Apr;130(5):1480-91.
9. Olden KW. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*2002 May;122(6):1701-14.
10. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, DaCosta LR, Groll AG, Simon JB, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*1999 Oct;94(10):2912-7.

11. Jellema P, van der Windt DA, Schellevis FG, van der Horst HE. Systematic review: accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care. *Aliment Pharmacol Ther*2009 Oct;30(7):695-706.
12. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol*2002 Nov;97(11):2812-9.
13. Spiegel BM. Do physicians follow evidence-based guidelines in the diagnostic work-up of IBS? *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*2007 Jun;4(6):296-7.
14. Lieberman DA, Holub J, Eisen G, Kraemer D, Morris CD. Utilization of colonoscopy in the United States: results from a national consortium. *Gastrointest Endosc*2005 Dec;62(6):875-83.
15. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology*2004 Jun;126(7):1665-73.
16. Longstreth GF, Drossman DA. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs. *Clin Gastroenterol Hepatol*2005 Apr;3(4):397-400.
17. Cole JA, Yeaw JM, Cutone JA, Kuo B, Huang Z, Earnest DL, et al. The incidence of abdominal and pelvic surgery among patients with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci*2005 Dec;50(12):2268-75.
18. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*2002 Apr;122(4):1140-56.

19. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Evans RW. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*1995 Dec;109(6):1736-41.
20. Spiegel BM. The burden of IBS: looking at metrics. *Curr Gastroenterol Rep*2009 Aug;11(4):265-9.
21. Maxion-Bergemann S, Thielecke F, Abel F, Bergemann R. Costs of irritable bowel syndrome in the UK and US. *Pharmacoeconomics*2006;24(1):21-37.
22. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruszniewski P, et al. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life (HRQOL). *Gastroenterol Clin Biol*2006 Feb;30(2):241-6.
23. El-Serag HB. Impact of irritable bowel syndrome: prevalence and effect on health-related quality of life. *Rev Gastroenterol Disord*2003;3 Suppl 2:S3-11.
24. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*2000 Sep;119(3):654-60.
25. Pare P, Gray J, Lam S, Balshaw R, Khorasheh S, Barbeau M, et al. Health-related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: baseline results from LOGIC (Longitudinal Outcomes Study of Gastrointestinal Symptoms in Canada), a naturalistic study. *Clin Ther*2006 Oct;28(10):1726-35; discussion 10-1.
26. Park JM, Choi MG, Kim YS, Choi CH, Choi SC, Hong SJ, et al. Quality of life of patients with irritable bowel syndrome in Korea. *Qual Life Res*2009 May;18(4):435-46.

27. Wilson A, Longstreth GF, Knight K, Wong J, Wade S, Chiou CF, et al. Quality of life in managed care patients with irritable bowel syndrome. *Manag Care Interface* 2004 Feb;17(2):24-8, 34.
28. Mayer EA, Bradesi S, Chang L, Spiegel BM, Bueller JA, Naliboff BD. Functional GI disorders: from animal models to drug development. *Gut* 2008 Mar;57(3):384-404.
29. Van Oudenhove L, Aziz Q. Recent insights on central processing and psychological processes in functional gastrointestinal disorders. *Dig Liver Dis* 2009 Nov;41(11):781-7.
30. Manabe N, Tanaka T, Hata J, Kusunoki H, Haruma K. Pathophysiology underlying irritable bowel syndrome--from the viewpoint of dysfunction of autonomic nervous system activity. *J Smooth Muscle Res* 2009 Feb;45(1):15-23.
31. Jones MP, Dille JB, Drossman D, Crowell MD. Brain-gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil* 2006 Feb;18(2):91-103.
32. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006 Apr;130(5):1447-58.
33. Muscatello MR, Bruno A, Pandolfo G, Mico U, Stilo S, Scaffidi M, et al. Depression, anxiety and anger in subtypes of irritable bowel syndrome patients. *J Clin Psychol Med Settings* 2010 Mar;17(1):64-70.
34. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. Are anxiety and depression related to gastrointestinal symptoms in the general population? *Scand J Gastroenterol* 2002 Mar;37(3):294-8.

35. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord* 2009 Mar;23(2):290-6.
36. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosomatics* 2007 Mar-Apr;48(2):93-102.
37. Yamada T, editor. *Principles of clinical gastroenterology*. Blackwell Publishing Ltd ed. Oxford(UK)2008.
38. Talley NJ, Spiller R. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002 Aug 17;360(9332):555-64.
39. Bach DR, Erdmann G, Schmidtman M, Monnikes H. Emotional stress reactivity in irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006 Jun;18(6):629-36.
40. Van Oudenhove L, Coen SJ, Aziz Q. Functional brain imaging of gastrointestinal sensation in health and disease. *World J Gastroenterol* 2007 Jul 7;13(25):3438-45.
41. Crade M, Pham V. Ultrasound examination of the sigmoid colon: possible new diagnostic tool for irritable bowel syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006 Feb;27(2):206-9.
42. Kusunoki H, Kamada T, Sato M, Haruma K, Hata J. [Ultrasonographic assessment of sigmoid colon in patients with irritable bowel syndrome]. *Nippon Rinsho* 2006 Aug;64(8):1461-6.
43. Maconi G. Value of Ultrasonographic Assessment of Sigmoid Colon in the Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome *Ultrasound in Medicine and Biology* 2009;35(8S).

44. Cunha C MM, Sousa R, Oliveira FF, editor. Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde. Lisboa: Lidel; 2007 outubro.
45. Beaglehole R BR, Kjellstrom T editor. Epidemiologia básica. Lisboa: Escola nacional de saúde pública; 2003 junho.
46. Gonçalves MM, editor. Avaliação psicológica : instrumentos validados para a população portuguesa. Coimbra: Quarteto 2004-2007.
47. PAIS-RIBEIRO JL, HONRADO, Ana e LEAL, Isabel. Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psic, Saúde & Doenças* nov. 2004;5(2):229-39.
48. Grainger RC AD, Adam, Dixon AK, eds. Diagnostic Radiology: A Textbook of Medical Imaging. NY: Churchill Livingstone: 5th ed. ; 2008.
49. Hungin AP, Chang L, Locke GR, Dennis EH, Barghout V. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther* 2005 Jun 1;21(11):1365-75.

ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu(nome do(a) paciente),
declaro ter sido esclarecido(a) claramente sobre o estudo de investigação em que vou
participar ou em que vai participar o(a) paciente do(a) qual sou responsável legal.

Estou ciente que o objectivo deste estudo é meramente académico, inserindo-se
no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira Interior. Atendendo ao objectivo do estudo em causa,
nomeadamente, a avaliação dos níveis de ansiedade, depressão e stress em pacientes
com distúrbios gastrointestinais funcionais bem como a análise das observações
ultrassonográficas do abdomen dos mesmo, cada participante deve responder a um
questionário (escala de ansiedade, depressão e stress-EADS21) e ser submetido a uma
ecografia abdominal, no contexto do seguimento clínico da sua doença.

Declaro que fui informado quanto à inexistência de benefícios directos com a
realização do projecto e estou ciente que tenho direito de não participar na investigação
sem que isto represente qualquer tipo de prejuízo para o meu atendimento dentro da
instituição onde o projeto se realiza.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas
pelo médico.

Foi garantida privacidade e confidencialidade dos dados fornecidos e
preservação do anonimato dos participantes do estudo.

Pelo presente instrumento, manifesto expressamente a minha concordância e o
meu consentimento para participar na investigação acima descrita.

Assinatura do paciente (ou representante legal):

Local e data: _____

Identificação do investigador

Catarina Soares Ribeiro

Aluna do 6º ano do Mestrado integrado em medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade da Beira interior

Tlm. N.º: 961183782

Assinatura :

Anexo II

QUESTIONÁRIO DESTINADO À OBTENÇÃO DOS DADOS
SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1.SEXO

- Masculino
- Feminino

2. IDADE

_____ anos

3. DATA DE NASCIMENTO

____/____/____ (DD/MM/AA)

4.NÍVEL EDUCACIONAL

- Analfabeto
- 1ºciclo do Ensino Básico
- 2ºciclo do Ensino Básico
- 3ºciclo do Ensino Básico
- Ensino médio/superior

5.ESTADO CIVIL

- Solteiro
- Casado
- Vive como casado
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

6. EMPREGO

- A tempo inteiro
- Part time*
- Desempregado
- Estudante
- Baixa médica
- Reformado

7.HÁBITOS TABÁGICOS

- Não fumador
- Ex-fumador
- Fumador

8.HÁBITOS ALCOÓLICOS

- inexistentes
 - leves
 - moderados
-

Anexo III**ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS de 21 itens (EADS-21)**

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale **0, 1, 2 ou 3** para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a **semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:	0 – não se aplicou nada a mim
	1 – aplicou-se a mim algumas vezes
	2 – aplicou-se a mim de muitas vezes
	3 – aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1 Tive dificuldades em me acalmar	0 1 2 3
2 Senti a minha boca seca	0 1 2 3
3 Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0 1 2 3
4 Senti dificuldades em respirar	0 1 2 3
5 Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0 1 2 3
6 Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0 1 2 3
7 Senti tremores (por ex., nas mãos)	0 1 2 3
8 Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0 1 2 3
9 Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0 1 2 3
10 Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0 1 2 3
11 Dei por mim a ficar agitado	0 1 2 3
12 Senti dificuldade em me relaxar	0 1 2 3
13 Senti-me desanimado e melancólico	0 1 2 3
14 Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0 1 2 3
15 Senti-me quase a entrar em pânico	0 1 2 3
16 Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0 1 2 3
17 Senti que não tinha muito valor como pessoa	0 1 2 3
18 Senti que por vezes estava sensível	0 1 2 3
19 Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0 1 2 3
20 Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0 1 2 3
21 Senti que a vida não tinha sentido	0 1 2 3

Anexo III

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

Observações ultrassonográficas, aspectos psicológicos e qualidade de vida

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO