



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

**Sintomas Gastrointestinais Medicamente
Inexplicáveis**
**Acontecimentos traumáticos na infância, fatores
psicossociais, qualidade de vida e papel da
ultra-sonografia**

Isabel Maria Pereira Pessoa de Amorim

Tese para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Doutor Eduardo Pereira

Covilhã, Abril de 2012

Dedicatória

Ao meu orientador.

Aos meus pais e irmão.

À Helena.

À minha família.

Ao Miguel.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Doutor Eduardo Pereira, pelo entusiasmo e prontidão com que aceitou trabalhar nesta dissertação, pelo empenho, motivação e dedicação sempre demonstrados, pela amizade, e pelo excepcional exemplo de humanidade e de prática médica. Pela inspiração que me soube transmitir, a qual marcará a minha vida profissional que começa agora. “Porque se um dia vi mais longe, foi por estar de pé sobre os ombros de gigantes” (Isaac Newton).

À Universidade da Beira Interior, em particular à Faculdade Ciências da Saúde, por ter disponibilizado todas as condições necessárias à minha formação, científica e pessoal, e pelo ensino de excelência que me proporcionaram.

Ao Conselho de Administração da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, em particular à Diretora da escola, Doutora Paula Sapeta, pela disponibilidade e motivação, e a todos os alunos, pela amabilidade com que aceitaram participar neste trabalho, sem os quais este não se poderia ter concretizado.

Ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital Amato Lusitano, pela aprovação deste trabalho, e ao Serviço de Gastreenterologia do Hospital Amato Lusitano, pelo apoio e disponibilidade.

Ao Prof. Doutor Miguel Freitas, Professor de Estatística, pela incansável paciência, e apoio imprescindível, com a rigorosa ajuda na análise estatística deste trabalho.

Aos meus pais, que me apoiaram incondicionalmente e incansavelmente desde sempre, por toda a educação, por fazerem de mim o que sou hoje, por tudo.

Ao meu irmão sem o qual a minha família nunca estaria completa.

Aos meus avós, em especial à Helena a quem devo grande parte do que sou hoje.

Ao Miguel pelo apoio e por gostar de mim.

Aos meus amigos, em especial à Cátia e à Joana, pela amizade e respeito, bem como àqueles cujo agradecimento é supérfluo, pois o seu apoio e suporte foi sempre inquestionável.

Resumo

Introdução: Sintomas gastrointestinais medicamente inexplicáveis são manifestações que, no conceito biomédico, não sugerem doença orgânica.

O presente estudo tem como objetivo determinar a relação entre eventuais acontecimentos traumáticos da infância, como fatores predisponentes para manifestações gastrointestinais. Procura analisar e relacionar os níveis de ansiedade, stress, depressão e qualidade de vida com esses mesmos sintomas. Por último, tenta objetivar as alterações fisiológicas do tubo digestivo, que estarão subjacentes aos sintomas medicamente inexplicáveis, através da Escala de Bristol e da ultra-sonografia abdominal digestiva.

Métodos: Este estudo envolveu 40 alunos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco no período compreendido entre 30 de Setembro de 2011 a 28 de Fevereiro de 2012. Os participantes responderam aos questionários: Escala de Ansiedade, Stress, e Depressão de 21 itens, World Health Organization Quality of Life brief, Questionário de Sintomas Gastrointestinais, e Escala de Bristol. Dos 40 alunos, 24 aceitaram completar o estudo realizando uma ultra-sonografia abdominal e responder ao Questionário de Acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida.

Para análise estatística recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, e aos testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Foi considerado como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

Resultados: Neste estudo verificou-se que o período compreendido entre os [0-6] anos foi aquele que registou maior número de acontecimentos traumáticos (média=18,9; DP=11,99). Observou-se um compromisso na qualidade de vida, nomeadamente no bem estar psicológico, nos alunos que apresentaram maior número de acontecimentos traumáticos dos [10-12] anos ($p < 0,01$; $r = -0,514$). Os alunos com níveis mais elevados de qualidade de vida, apresentaram trânsito intestinal com tipos de fezes consideradas normais de acordo com a Escala de Bristol (Qv*Bristol: $p < 0,007$; média do WHOQOL-Bref*Bristol: $p < 0,025$). Observou-se que a severidade dos sintomas gastrointestinais está relacionada com níveis aumentados de stress ($r = 0,322$; $p = 0,042$) e ansiedade ($r = 0,332$; $p = 0,036$), mas não com a depressão. Verificou-se um compromisso na qualidade de vida, no domínio Físico ($r = -0,437$; $p = 0,005$) e Ambiental ($r = -0,506$; $p = 0,001$). Observou-se que os alunos com alterações gastrointestinais de tipo misto, revelaram melhores níveis de qualidade de vida ($p = 0,014$).

Conclusão: Acontecimentos traumáticos na infância comprometem o bem estar psicológico dos indivíduos, ao longo da vida. Fatores psicossociais como o stress e a ansiedade, podem ser

considerados como fatores desencadeantes destes sintomas, os quais podem ser responsáveis por uma diminuição na qualidade de vida dos doentes.

Este estudo sublinhou a importância de uma nova concepção na abordagem clínica e diagnóstica, baseada no modelo biopsicossocial. Destacou a ultra-sonografia e a escala de caracterização fecal (Bristol), como instrumento auxiliar de diagnóstico inócuo e de custo relativamente reduzido, na avaliação da fisiologia do trato gastrointestinal nestes doentes.

Palavras-chave

Sintomas gastrointestinais medicamente inexplicáveis, ultra-sonografia, somatização, acontecimentos traumáticos infância, qualidade de vida, fatores psicossociais.

Abstract

Background: According to the biomedical concept, the functional gastrointestinal disorders include a combination of physical symptoms with no recognizable organic pathology.

This study aims to determine the possible relationship between early life adversities, as predisposing factors to gastrointestinal manifestations, and to analyze and relate the levels of anxiety, stress, depression and quality of life with those symptoms.

Finally, it tries to objectify the physiological changes of the digestive tract, through the Bristol Scale and abdominal ultrasonography.

Methods: This study involved 40 students of the Nursing College Dr. Lopes Dias in Castelo Branco, in the period between 30 September 2011 and 28 February 2012.

All participants answered the following questionnaires: The Depression Anxiety Stress Scale-21 (EADS-21), World Health Organization Quality of Life brief (WHOQOL-bref), Gastrointestinal Symptoms, and the Bristol Scale. Only 24 of the 40 students accepted to answer the questionnaire of Childhood adversity, and to perform abdominal ultrasonography. Pearson correlation coefficient, Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test were used for statistical analysis. A p value less than 0,05 was considered statistically significant.

Results: In this study we observed that the period between [0-6] years was the one that registered the highest number of traumatic occurrences (mean=18,9;SD=11,99). There was a decay in the quality of life, observed in the psychological domain of the students who reported the highest number of traumatic events between [10-12] years ($p < 0,01$; $r = -0,514$). It was found that 62.5% of the students reported localized abdominal pain, and had an average of 10 of the 18 symptoms according to the SGI questionnaire. Subjects with higher levels of quality of life had normal stool types according to the Bristol Scale (Bristol*Qv: $p < 0,007$; average WHOQOL-Bref*Bristol: $p < 0,025$). Like other studies, the results of this investigation revealed that increased levels of stress ($r = 0,322$; $p = 0,042$) and anxiety ($r = 0,332$; $p = 0,036$), but not depression, were associated with gastrointestinal symptoms. Students with increased levels of gastrointestinal symptoms reported poorer health-related quality of life on the following domains: Physical ($r = -0,437$; $p = 0,005$) and Environmental ($r = -0,506$; $p = 0,001$). It was also observed that individuals with a mixed pattern of motility (stasis and spasticity), reported best levels of quality of life ($p = 0,014$).

Conclusions: Early life adversities compromise the psychological well-being of individuals. Psychosocial factors like stress and anxiety, as well as poorer levels of quality of life are

associated with the functional gastrointestinal disorders, and can be considered as a trigger of these symptoms. This study underlined the importance of a new conception of clinical and diagnostic approach, based on the biopsychosocial model, highlighting the Bristol Scale and the ultrasonography, as an aid to diagnosis, and to evaluate the physiology of gastrointestinal tract in these patients.

Keywords

The functional gastrointestinal disorders, ultra-sonography, somatization, early life adversity, quality of life, psychosocial factors.

Índice

1 Introdução.....	1
2 Métodos e Materiais.....	3
2.1 Tipo de Estudo.....	3
2.2 Amostra.....	3
2.3 Questionários.....	4
2.3.1 Caracterização da amostra.....	4
2.3.2 Escala de Ansiedade, Stress e Depressão - 21.....	4
2.3.3 Escala World Health Organization Quality of Life-bref.....	5
2.3.4 Acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida.....	5
2.3.5 Escala de Bristol.....	6
2.3.6 Sintomas gastrointestinais	6
2.3.7 Ultra-sonografia.....	6
2.4 Análise estatística.....	7
3 Resultados.....	8
4 Discussão.....	17
5 Conclusão.....	21
6 Bibliografia.....	22
7 Anexos.....	26
Anexo 1 - Questionário Sintomas Gastrointestinais	
Anexo 2 - Escala de Bristol	
Anexo 3 - Acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida	
Anexo 4 - Escala de Depressão, Ansiedade e Stress de 21 itens (EADS-21)	
Anexo 5 - World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)	
Anexo 6 - Análise por ultra-sonografia	
Anexo 7 - Termo de Consentimento Informado	

Lista de Figuras

Figura 1 - Esquema do trabalho: Sintomas Gastrointestinais Medicamente Inexplicáveis de acordo com o modelo biopsicossocial. Fatores predisponentes, manifestação clínica e avaliação dos sintomas gastrointestinais

Figura 2 - Metodologia usada no recrutamento dos alunos

Figura 3 - Método de abordagem do padrão de motilidade do estômago por ultra-sonografia

Figura 4 - Método de abordagem do padrão de motilidade do cólon por ultra-sonografia

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatística descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas dos Acontecimentos traumáticos da Infância (n=24)

Tabela 2 - Estatística descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas do EADS-21 (n=40)

Tabela 3 - Estatística descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas do WHOQOL-Bref (n=40)

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos resultados obtidos no questionário SGI

Tabela 5 - Análise da dependência entre WHOQOL-Bref e EADS-21, com Acontecimentos traumáticos da infância

Tabela 6 - Análise da dependência entre WHOQOL-Bref, EADS-21 e Acontecimentos traumáticos da infância, com SGI, Escala de Bristol e Ultra-sonografia

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos alunos por sexo.

Gráfico 2 - Diagrama de extremos e quartis da Escala EADS-21, distribuição dos domínios: stress, ansiedade e depressão.

Gráfico 3 - Diagrama de extremos e quartis : Distribuição por domínios do questionário WHOQOL-bref.

Gráfico 4 - SGI distribuição por frequências, análise descritiva.

Gráfico 5 - Escala de Bristol, distribuição por frequências, análise descritiva.

Gráfico 6 - Padrão de motilidade intestinal avaliado através da ultra-sonografia, nomeadamente estase do cólon ascendente (0A a IIIA), estase do cólon transversal (0T a IIIT), estase do cólon descendente mais sigmóide (0D a IIID), estase do estômago, e padrão de espasticidade.

Gráfico 7 - Correlação de Pearson entre SGI e WHOQOL-bref: domínio Ambiente ($p < 0,001$; $r = -0,506$), e domínio Físico ($p < 0,005$; $r = -0,437$).

Gráfico 8 - Correlação de Pearson entre a média do WHOQOL-bref e SGI ($p < 0,001$; $r = -0,492$).

Gráfico 9 - Distribuição da Qv do WHOQOL-bref nas diferentes classes da Escala de Bristol ($p < 0,007$).

Gráfico 10 - Correlação de Pearson entre SGI com EADS-21 (SGI e Stress ($p < 0,042$; $r = 0,332$); SGI e Ansiedade ($p < 0,036$; $r = 0,332$); SGI e Depressão ($p = 0,160$; $r = 0,23$)).

Gráfico 11 - Distribuição dos valores de Qv do WHOQOL-bref pelas duas classes da ultra-sonografia.

Lista de Siglas/Acrónimos

AI	Acontecimentos traumáticos da infância
DP	Desvio padrão
EADS-21	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens
Qv	Qualidade de vida avaliada no questionário WHOQOL-Bref
QV	Qualidade de Vida
SGI	Sintomas gastrointestinais
SGIF	Sintomas gastrointestinais funcionais
SGIMI	Sintomas gastrointestinais medicamente inexplicáveis
SNC	Sistema nervoso central
SNE	Sistema nervoso entérico
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of life Bref

Introdução

Os sintomas gastrointestinais medicamente inexplicáveis (SGIMI) estão entre as manifestações que mais frequentemente motivam a solicitação dos cuidados de saúde, sendo melhor abordados de acordo com o modelo conceptual biopsicossocial. Dado que não traduzem alterações bioquímicas ou histopatológicas, a abordagem biomédica não é a forma correta de lidar com esta entidade nosológica, apesar da diversidade de sofisticados meios técnicos de diagnóstico [1].

A aplicação deste último modelo ao alargado universo de doentes com SGIMI tem o risco de transformar este conjunto de sintomas em síndromes gastrointestinais funcionais (SGIF), classificados segundo os Critérios de Roma III, constituindo-se como uma forma iatrogénica da prática clínica [1].

Podendo ser encarado como um importante problema de saúde pública, é responsável por uma elevada percentagem de consultas médicas no âmbito dos cuidados de saúde primários ou de especialidades de gastroenterologia e cirurgia, entre outras. Estudos de prevalência revelam que cerca de 9 a 25% da população nos países desenvolvidos apresenta este tipo de sintomas [1,2]. Estes, podem tornar-se tão incapacitantes que levam a uma errada utilização de meios complementares de diagnóstico e dispendiosos erros terapêuticos, desencadeando um ciclo de frustração para médicos e doentes [1-3].

Entre os sintomas mais comuns encontram-se alguns mais representativos de perturbações do tubo digestivo alto, tal como disfagia, dispepsia, enfartamento, náuseas ou vómitos. As alterações do trânsito intestinal, dor ou desconforto ou mesmo a distensão abdominal, estão habitualmente mais relacionados com a disfunção intestinal [1].

Nos últimos anos tem-se valorizado a relação entre as adversidades dos primeiros anos de vida “*early life events*”, uma vez associados a fatores genéticos e ambientais, com padrões sintomáticos posteriores, tal como os SGIMI. São considerados como fatores predisponentes os eventos traumáticos vividos na infância, nomeadamente o abuso físico, sexual e psicológico. Posteriores acontecimentos na vertente psicossocial são determinantes de respostas psicofisiológicas com consequências nas manifestações do comportamento relacionados com o humor, resposta ao stress e sintomas digestivos, perante as adversidades em cada momento da vida [4,5-8]. Continuam por esclarecer os mecanismos patofisiológicos precisos do eixo cérebro intestino que justificam a componente sintomática digestiva, sabendo que, a perturbação da interação bidirecional entre o Sistema Nervoso Entérico (SNE) e o Sistema Nervoso Central (SNC) é o seu principal componente. Desta forma estão em causa alterações da modulação da função gastrointestinal, nomeadamente dos processos da sensibilidade e motilidade visceral, da inflamação ou mesmo de alterações imunes e endócrinas do intestino. Mais recentemente tem sido valorizado o papel da microflora intestinal. Perante esta

complexa etiologia multifatorial a abordagem destas entidades terá que contemplar especialmente um modelo clínico que inclua uniformemente a vertente neurobiológica, psíquica e orgânica, como é o caso da conceptualização biopsicossocial [1,9-12].

A necessidade de objetivar as alterações fisiológicas psico-orgânicas que constituem o substrato dos SGIMI e dos SGIF, tem incentivado a investigação clínica nesta área, sendo os estudos funcionais cerebrais por ressonância magnética um exemplo, embora de difícil utilização diagnóstica. Por esse motivo importa identificar outros métodos de abordagem clínica e técnica que possam ser utilizados como instrumento auxiliar de diagnóstico, tal como uma melhor caracterização do funcionamento intestinal através da aplicação da escala de Bristol e da ultra-sonografia do tubo digestivo.

O presente estudo (esquemático na figura 1), realizado no âmbito da formação académica, pretende em primeiro lugar analisar o papel das adversidades vividas na infância, como fatores de risco predisponentes nos SGIF, não só no momento inicial do evento traumático e stressante, bem como ao longo da vida. Em segundo lugar, alertar para a complexidade, frequência e realidade destes sintomas, enfatizando o contexto social no qual estes surgem, sublinhando a importância do mundo envolvente e da matriz cultural do doente. Outro dos objetivos visa identificar e quantificar os sintomas recorrendo a uma escala de caracterização fecal (Bristol) e à ultra-sonografia, para análise das diferentes perturbações do trato gastrointestinal, que traduzem os SGIMI. Embora conhecido como um estrito método de diagnóstico, a ultra-sonografia abdominal poderá ter, ainda, aplicação como complemento da história clínica ou, mesmo, papel terapêutico, tendo em conta a vertente biopsicossocial da patologia em causa, uma forma de sono-psicologia [1,13-15].

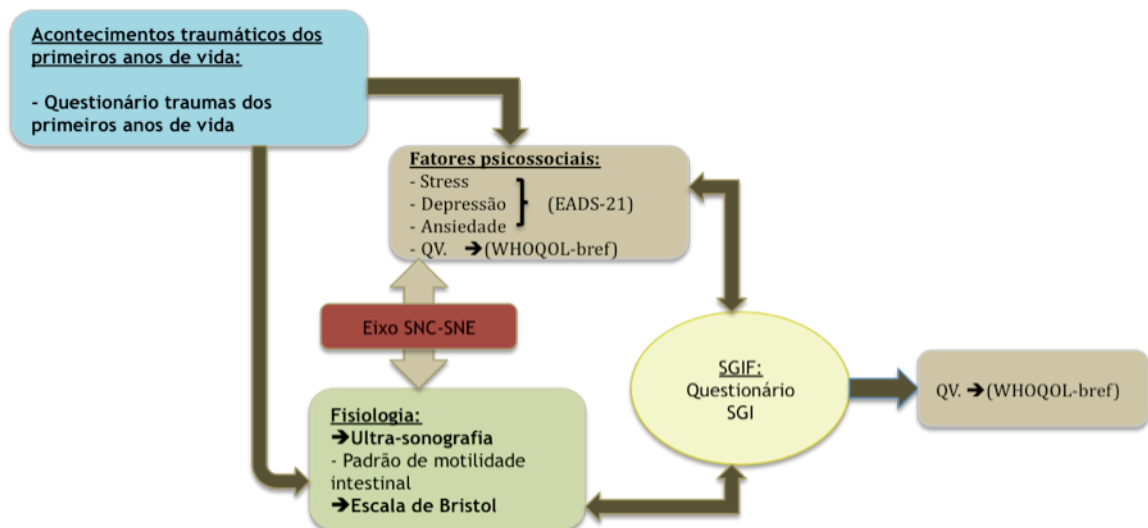


Figura 1 - Esquema do trabalho: Sintomas Gastrointestinais Medicamente Inexplicáveis de acordo com o modelo biopsicossocial. Fatores predisponentes, manifestação clínica, e avaliação dos sintomas gastrointestinais [1].

Métodos e Materiais

1. Tipo de Estudo

O presente trabalho consistiu num estudo descritivo, retrospectivo transversal.

O objetivo do estudo visou a caracterização dos aspetos psicológicos como ansiedade, depressão e stress, acontecimentos traumáticos dos primeiros anos de vida, sintomas gastrointestinais (SGI) e avaliação da perturbação do trato gastrointestinal com recurso à ultra-sonografia e à Escala de Bristol, dos alunos com SGI. Analisou-se ainda a relação entre traumas da infância com SGI, bem como a relação entre fatores psicossociais nomeadamente stress, ansiedade, depressão e qualidade de vida (QV) com SGI.

O estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética, sendo aprovado pelo Conselho de Administração do Hospital Amato Lusitano, pelo Conselho de Administração e Direção da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias de Castelo Branco. Todos os alunos que aceitaram participar no estudo, assinaram o Termo de Consentimento Informado, no qual foram explicados os objetivos do estudo, tendo sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

2. Amostra

Obteve-se uma amostra acidental por conveniência. A amostra foi constituída por alunos do 2º e 3º anos de enfermagem, que aceitaram auto-preencher os questionários, no período compreendido entre 30 de Setembro de 2011 a 28 de Fevereiro de 2012. Estes foram contactados pessoalmente pelo investigador na Escola Superior de Enfermagem, onde foram explicados os objetivos deste trabalho, e esclarecidas as dúvidas relativamente ao mesmo. Cada aluno levou para casa um envelope com os questionários (Escala de Depressão, Ansiedade e Stress de 21 itens (EADS-21), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref), Questionário SGI, Escala de Bristol), juntamente com um glossário. Posteriormente o investigador contactou por telefone os alunos que aceitaram participar no estudo, para realizarem a ultra-sonografia no serviço de gastroenterologia do Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco, pelo orientador, e para preencherem o questionário relativamente aos acontecimentos dos primeiros anos de vida. Os critérios de inclusão foram a idade superior a 18 anos, pertencer ao 2º e 3º anos de enfermagem da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, aceitação voluntária de participação no estudo e, apresentar pelo menos um sintoma gastrointestinal no questionário SGI. Os critérios de exclusão foram o não

preenchimento de dados importantes, presença de doença orgânica observada na ultrasonografia, frequentar o 1º ou 4º anos de enfermagem.

3. Questionários

3.1 Caracterização da amostra

Foi elaborado um questionário para a caracterização do sexo e da idade.

3.2 Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

Na presente investigação, recorreu-se à EADS-21, para avaliar o estado emocional.

A EADS-21, é o resultado da adaptação para a população portuguesa, da *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)* de 21 itens, de Lovibond e Lovibond (1995) no estudo de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal (2004) [16]. A escala DASS de 21 itens, consiste numa versão reduzida da escala original de 42 itens de Lovibond e Lovibond, sendo que os 21 itens foram selecionados, de modo a poder haver uma conversão nas notas da escala completa dos 42 itens, multiplicando a nota por dois. Esta escala apresenta como base o modelo tripartido, que visa avaliar três dimensões, nomeadamente stress, ansiedade e depressão.

No que se refere ao stress, este inclui itens relativos à dificuldade em relaxar, estados de excitação nervosa, impaciência e tensão, com fraca resistência à frustração.

No que concerne à ansiedade, esta sugere estados de excitação do sistema autónomo, efeitos do músculo esquelético, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade.

Relativamente à depressão, foram incluídos itens relativos à disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse, e inércia.

As três escalas apresentam 7 itens cada, num total de 21 itens, remetendo cada um deles para sintomas emocionais negativos.

Cada item apresenta quatro possibilidades de resposta, numa escala de tipo Likert: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Os resultados obtidos de cada dimensão, resultam da soma dos resultados dos sete itens, perfazendo um total ente 0 e 21, sendo que os resultados mais elevados em cada sub-escala, remetem para estados emocionais mais negativos.

3.3 World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)

Para avaliação da qualidade de vida (QV), utilizou-se o questionário *World Health Organization Quality of Life* versão validada e adaptada à população portuguesa [17,18].

O WHOQOL-Bref é um questionário auto-aplicável composto por 26 questões, distribuídas em quatro domínios, nomeadamente: relações sociais, psicológico, físico e meio ambiente. Das 26 questões, 2 delas avaliam a qualidade de vida (Qv) no geral.

Cada domínio contém várias questões, cujas pontuações vão do valor 1 ao 5.

À semelhança da versão que lhe está subjacente, WHOQOL de 100 itens, o WHOQOL-Bref foi elaborado por peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de clarificar e compreender o conceito de QV.

O WHOQOL-Bref tem vindo a demonstrar características psicométricas adequadas, estando autorizada a sua utilização em Portugal [17,18].

Este método, de índole transcultural e multidimensional, permite analisar de forma subjetiva a QV, a perceção individual da pessoa, podendo ser utilizado num amplo espetro de situações, nomeadamente em pacientes com distúrbios físicos e psicológicos, bem como em indivíduos saudáveis.

Os resultados são observados em função das pontuações colhidas nos quatro domínios.

A QV é observada com base num indicador global, correspondendo, de um modo geral, os resultados mais elevados a uma melhor QV. Os resultados obtidos foram transformados numa escala de 0 a 100 [17,18].

3.4 Acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida

Para o presente estudo foi elaborado um questionário com o objetivo de avaliar acontecimentos traumáticos e stressantes nos primeiros anos de vida (AI), que poderiam predispor a distúrbios gastrointestinais funcionais na idade adulta. Foram considerados 3 períodos críticos, nomeadamente dos 0 aos 6, dos 6 aos 10, e dos 10 aos 12 anos de idade. Cada período tem como finalidade avaliar eventos como perdas, mudanças de sítio, abusos, traumas, maus tratos, medos, doença, história de alcoolismo na família, más relações na escola, amigos ou família, entre outros. Foi atribuído um ponto a cada acontecimento considerado traumático. Os resultados obtidos em cada sub-escala foram transformados numa escala de 0 a 100 valores. O questionário foi submetido a aprovação por parte do orientador, contudo, não está validado e está a ser reproduzido pela primeira vez neste estudo.

3.5 Escala de Bristol

Recorreu-se à escala de Bristol de acordo com os critérios de Roma III, para complementar a informação acerca dos SGI. A Escala de Bristol permite classificar as fezes tendo em conta a forma e sua consistência. Existem 7 subtipos possíveis (1 ao 7), sendo que os subtipos 1 e 2 correspondem a estados de obstipação, os subtipos 3 e 4 correspondem tipos de fezes normais, e os subtipos 5, 6 e 7 correspondem a estados de diarreia [1].

3.6 Questionário de Sintomas Gastrointestinais

Foi também realizado um questionário que procurou abordar SGI frequentemente observados nos distúrbios funcionais, que pudessem ser analisados e comparados com base no resultado da ultra-sonografia, tendo como referência os critérios de Roma III [1]. Para a análise correlacional, transformaram-se as variáveis utilizadas em variáveis dicotómicas, de modo a facilitar a pontuação do questionário. O questionário apresenta como pontuação mínima 0, que corresponde a nenhum SGI, e como pontuação máxima 18, que corresponde à severidade máxima dos sintomas. O questionário foi submetido a apreciação por parte do orientador, contudo, não está validado para a população portuguesa e está a ser reproduzido pela primeira vez neste estudo.

3.7 Ultra-sonografia

Todas as ultra-sonografias foram realizadas pelo orientador, utilizando uma sonda convexa de 5MHz (ecógrafo Hitachi modelo Eub - 6000). A ultra-sonografia foi realizada em jejum. Fez-se uma avaliação dos órgãos parenquimatosos abdominais para excluir doença orgânica. Realizou-se ainda uma completa observação do abdómen, que incluiu a parede do tubo digestivo, nomeadamente as características parietais e os aspetos funcionais. Para efeitos de registo, o investigador delineou as seguintes categorias: espasticidade, estase do estômago, estase do cólon ascendente, estase do transversos, e estase do descendente (inclui cólon descendente e sigmóide). Dentro do padrão de estase, consideraram-se 4 níveis possíveis de estase, 0 (sem estase), I,II,III (estase ligeira, moderada e intensa respetivamente). O padrão de estase corresponde a um padrão de distensão intestinal, com resíduo fecal e gasoso. O padrão de espasticidade corresponde a um padrão de contração persistente da parede intestinal. Para análise correlacional, foram apenas considerados dois padrões de motilidade intestinal, nomeadamente estase (inclui estase do estômago e/ou cólon, independentemente do nível de estase), à qual foi atribuído um ponto quando presente, e espasticidade, à qual foi também atribuído um ponto, resultando numa escala de 0 a 2, sendo que 0 corresponde a

ausência de estase e espasticidade, 1 corresponde a estase ou espasticidade, e 2 corresponde a padrão de motilidade intestinal misto (estase e espasticidade).

4. Análise Estatística

O registo dos dados e a análise estatística foram efetuados com recurso à versão em inglês do SPSS Statistics® 19 para Mac OS X®, e o Microsoft Excel® para Mac OS X® versão 2008. Todos os dados foram sujeitos a uma análise estatística descritiva, que envolveu a descrição da distribuição de frequências, mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão. Para análise estatística inferencial recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson, e aos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, que justificou a escolha dos testes supracitados.

Foi considerado como estatisticamente significativo, um valor de $p < 0,05$.

Resultados

1. Análise Descritiva

1.1 Caracterização da amostra

Foram distribuídos 100 questionários aos alunos de enfermagem do 2º e 3º anos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias (Figura 2). Apenas 40 alunos responderam aos questionários, sendo que desses, 24 alunos aceitaram realizar a ultra-sonografia, no período compreendido entre 30 de Setembro de 2011, a 28 de Fevereiro de 2012. A mediana de idades dos alunos foi de 20 anos (média de idades = 20,4), sendo a idade mínima igual a 18 anos, e a máxima igual a 35 anos.

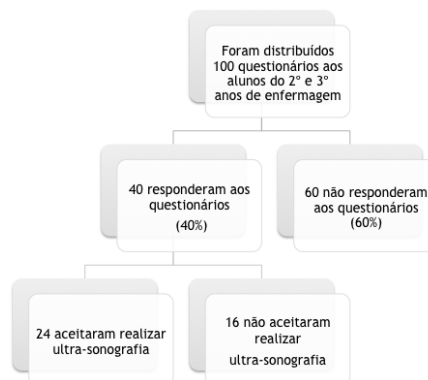


Figura 2 - Metodologia usada no recrutamento dos alunos

Relativamente à distribuição por sexo (Gráfico 1), verificou-se um predomínio do sexo feminino, correspondendo a 82,5% da amostra, sendo que o masculino correspondeu a cerca de 17,5%.

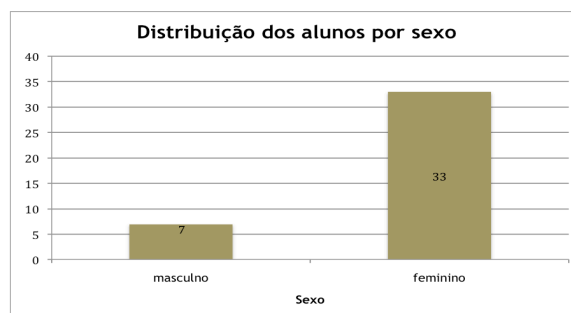


Gráfico 1 - Distribuição dos alunos por sexo (n=40)

1.2 Avaliação da exposição a acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida

No que diz respeito à análise descritiva do questionário “Acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida”, como se pode observar na Tabela 1, o intervalo de idades entre os [0-6] anos (média=18,9; DP=11,99) foi aquele que registou maior número de ocorrências.

Tabela 1 - Estatística Descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas dos Acontecimentos da Infância (n=24)

Idade	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Valores de Referência da Escala	
						Mínimo	Máximo
[0-6]	18,9	18,2	11,99	0,0	36,4	0	100
[6-10]	9,9	7,7	8,92	0,0	30,8	0	100
[10-12]	9,3	7,7	8,78	0,0	30,8	0	100
[0-12]	12,2	13,5	6,28	0,0	24,3	0	100

1.3 Avaliação do estado emocional através da EADS-21

Relativamente à EADS-21 (Tabela 2), verificou-se que, de uma maneira geral, os alunos evidenciaram níveis aumentados de stress (em média 16/42=0,39; valor máximo registado 38/42=0,90) e ansiedade (em média 10/42=0,24; valor máximo registado 36/42=0,86), como observado no Gráfico 2.

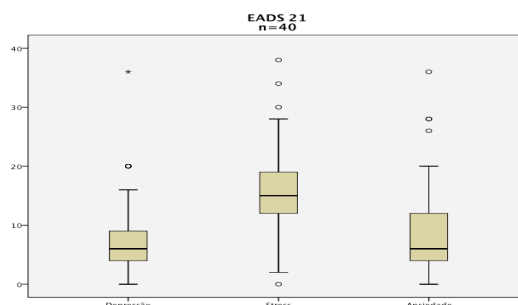


Gráfico 2 - Diagrama de extremos e quartis da Escala EADS-21, distribuição dos domínios: stress, ansiedade e depressão

Tabela 2 - Estatística Descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas do EADS-21 (n=40)

Domínios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Valores de Referência da Escala	
						Mínimo	Máximo
Stress	16,0	15,0	8,47	0	38	0	42
Ansiedade	10,0	6,0	8,35	0	36	0	42
Depressão	8,0	6,0	7,17	0	36	0	42

1.4 Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-Bref

No que concerne aos resultados do questionário WHOQOL-Bref, como consta na Tabela 3, foram documentados níveis razoavelmente elevados de qualidade de vida em todos os domínios, correspondendo os valores mais altos, ao domínio Físico (média=73,8;mediana=75,0), e ao domínio Social (média=70,0;mediana=75,0). No que toca à Qv, de um modo geral (média=68,1;mediana=68,1) pode-se afirmar que os alunos apresentaram boa qualidade de vida.

Tabela 3 - Estatística Descritiva dos resultados obtidos nas sub-escalas do WHOQOL-Bref (n=40)

Domínios	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Valores de Referência da Escala	
						Mínimo	Máximo
Q.v.	68,1	68,1	13,50	38	100	0	100
Físico	73,8	75,0	12,50	32	96	0	100
Psicológico	64,7	67,0	11,80	33	83	0	100
Social	70,0	75,0	15,78	42	100	0	100
Ambiente	66,6	67,5	10,24	44	84	0	100

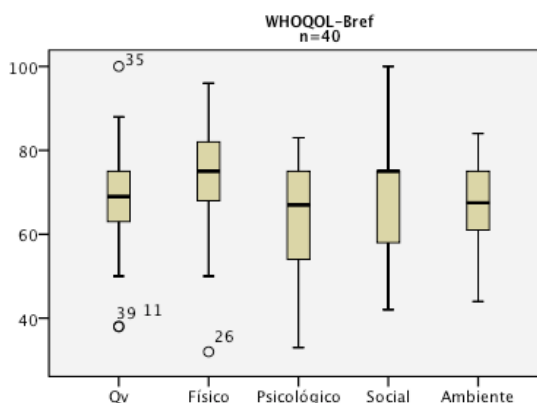


Gráfico 3 - Diagrama de extremos e quartis: Distribuição por domínios do questionário WHOQOL-bref

1.5 Avaliação dos sintomas gastrointestinais

Relativamente ao questionário dos SGI (Gráfico 4), verifica-se, que em média, os alunos tiveram 10 em 18 SGI (média 10,3; mediana 10,0), sendo o valor máximo obtido 18 e o mínimo de 3 SGI.

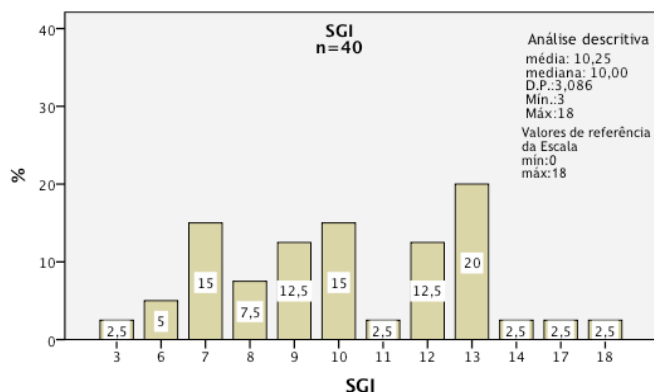


Gráfico 4 - SGI distribuição por frequências, análise descritiva

Tabela 4 - Distribuição de frequências dos resultados obtidos no questionário SGI (n=40)

Sintomas	n(%)						
Dor abdominal localizada	25(62,5%)						
Dor abdominal difusa	13(32,5%)						
Dor epigástrica durante as refeições	7(17,5%)						
Dor epigástrica com agravamento matinal	2(5,0%)						
Dor epigástrica com agravamento noturno	14(35,0%)						
Dor torácica radiada	8(20,0%)						
Dor torácica localizada	10(25,0%)						
Dor torácica relacionada com refeições	3(7,5%)						
Nº de vezes que veio à urgência por estes sintomas	0x	1x	2x	3x			
	26(65,0%)	13(32,5%)	1(2,5%)	0(0,0%)			
Nº de dejeções	Por semana < 2			Por dia > 2			
	5(12,5%)			9(22,5%)			
	nenhum	leve	moderado	severo	muito severo	Insuportável	
Desconforto abdominal	9(22,5%)	15(37,5%)	14(35,0%)	1(2,5%)	1(2,5%)	0(0,0%)	
Refluxo	25(62,5%)	11(27,5%)	3(7,5%)	1(2,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Ruídos intestinais audíveis	4(10,0%)	13(32,5%)	19(47,5%)	3(7,5%)	0(0,0%)	1(2,5%)	
Flatulências	2(5,0%)	15(37,5%)	18(45,0%)	3(7,5%)	1(2,5%)	1(2,5%)	
Meteorismo	16(40,0%)	7(17,5%)	14(35,0%)	1(2,5%)	2(5,0%)	0(0,0%)	
Vômitos	35(87,5%)	4(10,0%)	1(2,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Náuseas	27(67,5%)	12(30,0%)	1(2,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Perda de apetite	20(50,0%)	14(35,0%)	4(10,0%)	2(5,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Pirose	23(57,5%)	9(22,5%)	5(12,5%)	3(7,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Distensão abdominal visível	12(30,0%)	18(45,0%)	7(17,5%)	2(5,0%)	1(2,5%)	0(0,0%)	
Distensão abdominal não visível	22(55,0%)	13(32,5%)	5(12,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Enfartamento	15(37,5%)	17(42,5%)	8(20,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Disfagia para líquidos	35(87,5%)	3(7,5%)	2(5,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
Disfagia para sólidos	33(82,5%)	4(10,0%)	3(7,5%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	

Na Tabela 4 constam os resultados obtidos no questionário SGI, onde se observa que 62,5% (n=25/40) dos alunos referiu ter dor abdominal localizada.

1.6 Avaliação das alterações intestinais através da Escala de Bristol

Após análise dos valores obtidos na Escala de Bristol (média=3,4;DP=0,74), verifica-se que 57,5% dos alunos apresentou fezes do tipo 3, e 27,5% apresentou fezes do tipo 4, ou seja, uma percentagem significativa dos alunos (85,0%), apresentou tipos de fezes considerados normais. (Gráfico 5)

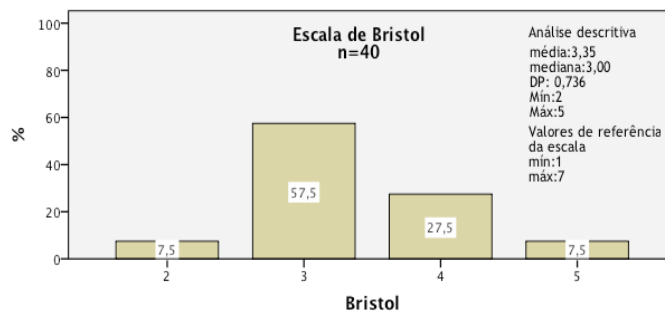


Gráfico 5 - Escala de Bristol, distribuição por frequências, análise descritiva

1.7 Avaliação das alterações intestinais através da ultra-sonografia abdominal

Os resultados da ultra-sonografia abdominal (Gráfico 6) revelaram que todos os alunos apresentaram alterações do padrão de motilidade intestinal, sendo a estase do tipo II do cólon transverso o tipo mais frequente (n=12), seguindo-se a estase do tipo II do cólon ascendente (n=10) e descendente (n=10). É notório que 100% dos alunos que realizaram ultra-sonografia (n=24), apresentaram algum tipo de estase intestinal, e 62,5% (n=15) apresentaram espasticidade.

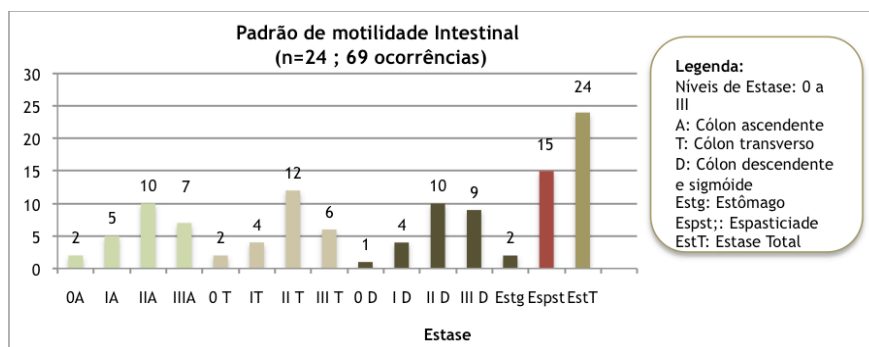


Gráfico 6 - Padrão de motilidade intestinal avaliado através da ultra-sonografia, nomeadamente estase do cólon ascendente (OA a IIIA), estase do cólon transverso (OT a IIIT), estase do cólon descendente mais sigmóide (OD a IIID), estase do estômago, e padrão de espasticidade.

2. Análise Inferencial

2.1 Análise da dependência entre AI vs Fatores Psicossociais; AI vs Qualidade de vida

Para avaliar em que medida acontecimentos traumáticos na infância ([0-6];[6-10];[10-12];[0-12]) condicionam os fatores psicossociais (Stress, Ansiedade e Depressão), e qualidade de vida (Domínios Físico, Social, Psicológico, Ambiente e Qv), recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson entre estas variáveis (Tabela 5). Apenas foi possível observar que existe uma relação negativa moderada ($p < 0,01$; $r = -0,514$), entre acontecimentos traumáticos dos [10-12] anos, e o Domínio Psicológico do WHOQOL-Bref, sugerindo como seria de esperar, que acontecimentos traumáticos na infância condicionam negativamente a qualidade de vida, nomeadamente o bem estar psicológico dos alunos.

Tabela 5 - Análise da dependência entre WHOQOL-Bref e EADS-21 com Acontecimentos da infância

Escala	AI [0-6] n=24 (Pearson)		AI [6-10] n=24 (Pearson)		AI [10-12] n=24 (Pearson)		AI [0-12] n=24 (Pearson)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
WHOQOL-Bref								
QV	0,08	0,714	0,00	0,995	-0,23	0,288	-0,07	0,761
Físico	0,13	0,552	-0,37	0,079	-0,14	0,530	-0,18	0,410
Psicológico	0,16	0,456	0,15	0,480	-0,51	0,010*	-0,09	0,688
Social	-0,13	0,546	-0,09	0,721	0,15	0,488	-0,04	0,856
Ambiente	0,03	0,874	-0,08	0,741	0,06	0,794	0,01	0,958
WHOQOL-Bref média	0,05	0,813	-0,12	0,571	-0,18	0,411	-0,12	0,582
EADS-21								
Stress	-0,21	0,328	0,14	0,519	0,19	0,374	0,04	0,839
Ansiedade	-0,16	0,449	-0,05	0,803	0,27	0,210	0,01	0,959
Depressão	-0,26	0,216	0,07	0,731	0,11	0,606	-0,06	0,789

* Foram assinalados os valores de $p < 0,05$

Tabela 6 - Análise da dependência entre WHOQOL-Bref, EADS-21 e Acontecimentos da infância com SGI, Escala de Bristol e Ultra-sonografia

Escala	SGI (Pearson) n=40		Bristol (Kruskal-Wallis) n=40	Ultra-sonografia (Mann-Whitney) n=24
	r	p	p	p
WHOQOL-Bref				
QV	-0,32	0,580	0,007*	0,014*
Físico	-0,44	0,005*	0,067	0,810
Psicológico	-0,28	0,077	0,366	0,124
Social	-0,27	0,970	0,254	0,431
Ambiente	-0,51	0,001*	0,136	0,905
WHOQOL-Bref média	-0,49	0,001*	0,025*	0,089
EADS-21				
Ansiedade	0,33	0,036*	0,204	0,064
Depressão	0,23	0,160	0,739	0,317
Stress	0,32	0,042*	0,592	0,453
Acontecimentos Infância (AI)	n=24		n=24	n=24
	r	p	p	p
[0-6]	0,27	0,195	0,740	0,111
[6-10]	0,08	0,714	0,730	0,154
[10-12]	0,01	0,955	0,251	0,593
[0-12]	0,20	0,338	0,397	0,321

* Foram assinalados os valores de $p < 0,05$

Na Tabela 6 constam os resultados obtidos nos coeficientes de correlação de Pearson, e nos testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney. O coeficiente de correlação de Pearson, foi utilizado entre as variáveis quantitativas (WHOQOL-Bref*SGI; EADS-21*SGI; AI*SGI).

2.2 Relação entre WHOQOL-Bref e SGI

Foi possível observar que existe uma relação negativa moderada ($p < 0,005$; $r = -0,437$) entre o Domínio Físico e os SGI, e entre o Domínio Ambiente e os SGI ($p < 0,001$; $r = -0,506$) (Gráfico 7), sugerindo que os SGI comprometem a QV nestes doentes.

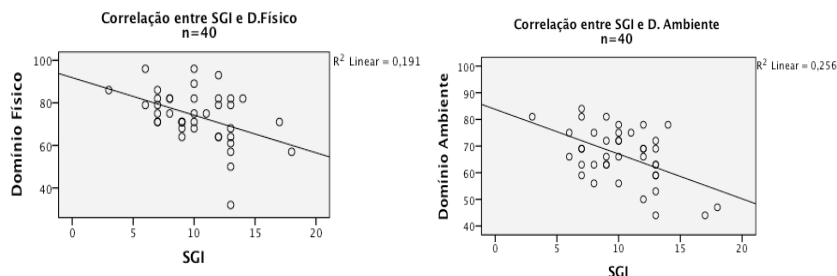


Gráfico 7 - Correlação de Pearson entre SGI e WHOQOL-bref: Domínio Físico ($p < 0,005$; $r = -0,437$) e Domínio Ambiente ($p < 0,001$; $r = -0,506$).

Através da média dos resultados de todos os domínios do WHOQOL-Bref, ainda se encontra uma correlação negativa entre esta média e os SGI ($p < 0,001$; $r = -0,492$), ou seja, à medida que aumenta a severidade dos SGI, em geral, a qualidade de vida piora.

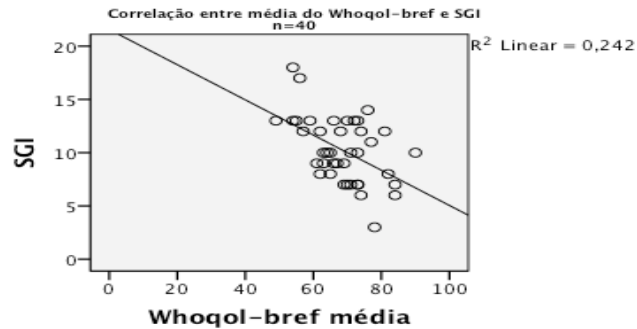


Gráfico 8 - Correlação de Pearson entre a média do WHOQOL-bref e SGI ($p < 0,001$; $r = -0,492$)

2.3 Relação entre os Fatores psicossociais (Ansiedade, Stress, Depressão) e os SGI

Para avaliar em que medida os fatores psicossociais condicionam SGI, realizou-se a correlação de Pearson entre estas variáveis. Verificou-se que existe relação significativa ($p < 0,036$), embora ligeira ($r = 0,332$), entre SGI e níveis de Ansiedade, assim como também se verificou que níveis aumentados de Stress podem ser considerados fatores predisponentes dos SGI ($p < 0,042$; $r = 0,332$) (Gráfico 10). No que concerne à sub-escala Depressão, não foi possível retirar uma conclusão, uma vez que os resultados obtidos não foram estatisticamente significativos.

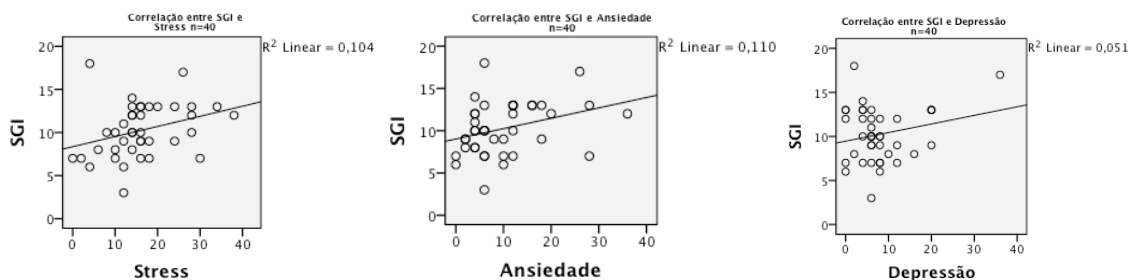


Gráfico 10 - Correlação de Pearson entre SGI com EADS-21: SGI e Stress ($p < 0,042$; $r = 0,332$), SGI e Ansiedade ($p < 0,036$; $r = 0,332$), SGI e Depressão ($p = 0,160$; $r = 0,227$).

2.4 Relação entre Escala de Bristol vs WHOQOL-bref; Escala de Bristol vs EADS-21; Escala de Bristol vs AI

Recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (Gráfico 9) para analisar a diferente distribuição dos valores obtidos nas escalas: WHOQOL-bref, EADS-21 e AI, através das 4 classes de Bristol documentadas. Confirmou-se que melhores níveis de QV correspondem a tipos de fezes consideradas normais (Qv*Bristol:p<0,007; média do WHOQOL-bref*Bristol:p<0,025).

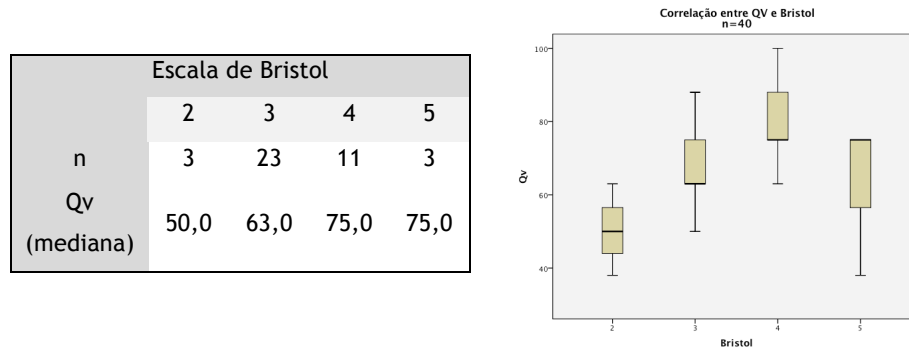


Gráfico 9 - Distribuição da Qv do WHOQOL-bref nas diferentes classes da Escala de Bristol (p<0,007)

2.5 Relação entre ultra-sonografia abdominal vs WHOQOL-bref, EADS-21 e AI

Recorreu-se ao teste não-paramétrico de Mann-Whitney para observar as diferentes distribuições dos valores obtidos no WHOQOL-bref, EADS-21 e AI, nas duas classes da ultra-sonografia abdominal. Verificou-se que os indivíduos com padrão de motilidade intestinal misto, ou seja, padrão de estase e espasticidade intestinal, revelaram melhores níveis de Qv (p<0,014) do que aqueles que apresentaram apenas estase, ou espasticidade isoladamente (Gráfico 11).

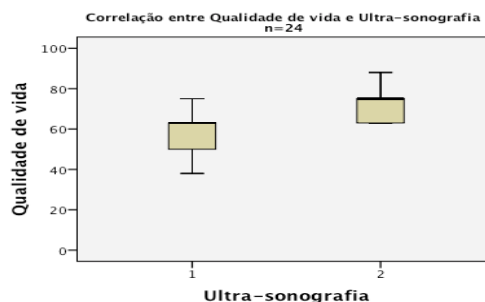


Gráfico 11 - Distribuição dos valores de Qv do WHOQOL-bref pelas duas classes da ultra-sonografia, à esquerda ultra-sonografia tipo 1, e à direita ultra-sonografia tipo 2.

Os restantes resultados registados na Tabela 6, não foram estatisticamente significativos.

Discussão

De acordo com estudos publicados, tem-se documentado que os acontecimentos traumáticos na infância intensificam a vulnerabilidade para distúrbios psiquiátricos, níveis aumentados de stress psicológico, compromisso da qualidade de vida, bem como a uma maior suscetibilidade para desenvolver SGIMI [1,21-23]. Estes doentes estão sujeitos a elevados níveis de stress emocional, o que pode exacerbar a hipersensibilidade visceral e ocasionar propensão acrescida para somatização. Alguns autores defendem que vários tipos de abuso (físico, sexual e psicológico) estão associados à dor abdominal, náuseas e vômitos, aumentando a predisposição para o aparecimento de SGIF na pré-adolescência e na idade adulta [23].

Um estudo recente evidenciou a significativa associação entre abuso sexual e o desenvolvimento de SGIF ao longo da vida, aparecimento de dor pélvica crónica ou de localização inespecífica [24]. Um estudo realizado por Drossman, que incluiu mais de 200 mulheres, revelou que 44% destas tinham sido vítimas de abuso físico ou sexual na infância ou, posteriormente ao longo da vida. Revelou, ainda, que aquelas com SGIF apresentavam maior frequência de história de abuso sexual e ou físico, quando comparadas com mulheres que sofriam de doença orgânica e sintomatologia semelhante [25].

Neste trabalho, que agora concluímos, observou-se que o período compreendido entre os 0 e os 6 anos foi aquele que registou maior número de acontecimentos traumáticos (média=18,9; DP=11,99). Ainda se verificou, entre os 10 e os 12 anos ($p<0,01$; $r=-0,514$), uma redução na QV, nomeadamente do bem estar psicológico dos alunos que apresentaram maior número de AI. No entanto, estes resultados não confirmaram o que alguns autores divulgaram como uma evidente relação causa efeito entre os acontecimentos traumáticos na infância e os SGIMI, facto que pode estar relacionado com a reduzida dimensão da amostra.

À semelhança de outras investigações [2,25,26] também observamos que a severidade dos SGI condicionam a QV, quer no Domínio Físico ($p=0,005$; $r=-0,44$), Ambiental ($p=0,001$; $r=-0,51$), e na média da Escala do WHOQOL-bref ($p=0,001$; $r=-0,49$).

A diminuição da QV é um fator relevante do bem estar, uma vez que a sua limitação fomenta o absentismo e leva, frequentemente, a recorrer a cuidados médicos. Desta forma, conduz à utilização indevida e excessiva de uma multiplicidade de exames complementares e terapêuticas médicas e cirúrgicas dispendiosas e ineficazes.

O stress, ansiedade e depressão, que podem ocorrer ao longo da vida, são entendidos como fatores psicossociais potencialmente desencadeantes dos SGIF [1]. O reconhecimento de que as alterações emocionais podem influenciar a função sensorial por mecanismos centrais ou periféricos e alterações da motricidade do trato gastrointestinal, tem sido defendida por vários autores. A sua explicação patofisiológica está ainda por esclarecer, embora a

perturbação da interação bidirecional do eixo cérebro-intestino possa justificar o aparecimento e desenvolvimento destes sintomas nos indivíduos mais vulneráveis [27].

Os resultados do presente estudo confirmaram que a ansiedade ($p=0,036;r=0,33$) e o stress ($p=0,042;r=0,33$) foram fatores desencadeantes destes sintomas. Relativamente à depressão, ao contrário de outros estudos, não foi considerado um fator predisponente de SGIF. No entanto, segundo alguns autores, este distúrbio de humor está relacionado com SGIF, quer no aparecimento e na exacerbação, estando relacionado com uma maior sensibilidade às alterações fisiológicas potencialmente sintomáticas [28].

A ansiedade tem sido registada como um fator independente e determinante no desenvolvimento e agudização dos sintomas. Um estudo realizado em Hong Kong revelou que nos doentes com sintomas intestinais funcionais, a prevalência de distúrbios de ansiedade generalizada está aumentada, quando comparados com indivíduos que apresentam os mesmos sintomas com patologia orgânica [27]. Um outro estudo realizado na Suécia revelou que a ansiedade, mas não a depressão, está associada a sintomas de dispepsia funcional, mas não com a dor epigástrica [27].

Vários autores têm defendido que eventos stressantes como o divórcio, desemprego, morte de um familiar próximo, más relações com família ou amigos, entre outros, predis põem para esta sintomatologia, uma vez potenciados pelas adversidades vividas na infância [25,28]. Estes eventos tornam o indivíduo mais vulnerável para desenvolver esta sintomatologia, sugerindo-se que a exposição a níveis aumentados de stress emocional pode estar relacionada com a severidade dos SGIF. Um estudo de Creed *et al* revelou que os doentes que apresentavam dor abdominal funcional frequente, tinham tido uma exposição aumentada a períodos de stress, tal como o fim de relações matrimoniais, abandono do lar por parte de um familiar próximo ou o fim de um relacionamento amoroso, cerca de 38 semanas antes do aparecimento dos sintomas. Desta forma os doentes que referiram momentos de grande tensão ou rotura no seu meio familiar apresentaram mais frequentemente dor abdominal funcional do que aqueles com doença orgânica do trato gastrointestinal com a mesma sintomatologia. Para além disso tem-se documentado que o stress emocional pode estar relacionado com distensão abdominal funcional [28].

De uma forma geral os aspetos fisiopatológicos destas interações permanecem um enigma, embora seja aceitável considerar uma origem multifatorial para estes sintomas. Estudos de imagem cerebral, como a ressonância magnética funcional, têm procurado relacionar os eventos stressantes, ansiedade, dor e a história de abuso sexual com a ativação do córtex cingulado anterior [29]. Tem-se sugerido que doentes com alterações funcionais do trato gastrointestinal, apresentam alterações no sistema nervoso autónomo (sistema responsável pela homeostasia da regulação do eixo SNC-SNE), com conseqüente alteração da motilidade intestinal, modulação da dor, função imune, função endócrina, e perceção anormal dos sintomas [1].

A predisposição, precipitação e perpetuação dos sintomas gastrointestinais podem ser desencadeados pela estimulação emocional, presença de fatores psicossociais, comorbilidades

psiquiátricas e somatização, relativos às alterações dos diferentes segmentos do tubo digestivo, quer do esófago, estômago e intestino [30-33].

No presente estudo observou-se que uma percentagem elevada dos alunos (62,5%), referiu ter dor abdominal localizada (n=25/40), verificando-se que em média tiveram 10 em 18 sintomas (média=10,3; mediana=10,0) segundo o questionário dos SGI. Depreendeu-se ainda, que os alunos com níveis mais elevados de QV apresentaram trânsito intestinal com tipos de fezes consideradas normais de acordo com a Escala de Bristol (Qv*Bristol:p<0,007; média do WHOQOL-bref*Bristol:p<0,025). Segundo os resultados das observações das ultra-sonografias, foi possível documentar a presença de perturbações intestinais, sendo o padrão de motilidade intestinal mais frequentemente observado o que corresponde a uma diminuição da motilidade intestinal, nomeadamente o padrão de estase do cólon transversal do tipo II. Os resultados deste estudo mostraram, ainda, que os indivíduos com ultra-sonografia tipo II, correspondente ao padrão misto de estase e espasticidade, tinham níveis ligeiramente mais elevados de Qv (p=0,014) do que aqueles com padrão de estase intestinal (ultra-sonografia tipo I). Estes resultados, menos previsíveis, podem ser entendidos como consequência de um universo restrito de participantes, mas também, da diferente perceção psicossocial e da auto-avaliação em relação a eventuais adversidades ao longo da vida. Estas variáveis estiveram naturalmente subjacentes no momento da elaboração dos inquéritos.

A escassez de sintomas digestivos mais representativos de uma diversidade de diferentes manifestações psicossomáticas e orgânicas, muitas vezes difíceis de distinguir, necessitam de uma nova metodologia de abordagem sintomática. Neste sentido uma melhor caracterização da fisiologia intestinal através da Escala de Bristol e da ultra-sonografia abdominal, pela sua disponibilidade e custo reduzido, tem potencialidade para participar neste objetivo. Apesar das restrições dos guias clínicos e recomendações relativamente a meios técnicos na abordagem biopsicossocial deste tipo de entidades, o estudo evidenciou capacidades como potencial contributo para o diagnóstico diferencial. Embora seja ainda restrito o número de publicações que avaliem esta perspetiva, acreditamos que será necessário confirmar o seu potencial valor diagnóstico e terapêutico, validando a relação médico-doente [13-15,34-35].

Limitações do estudo

O estudo efetuado inviabiliza deduções de causalidade face a alguns temas aqui abordados, nomeadamente ao papel da depressão na predisposição dos sintomas, o efeito predisponente de eventos traumáticos na infância, e a relação entre as diferentes perturbações intestinais.

A reduzida dimensão da amostra, devido a vários fatores, contribuiu como um dos principais fatores limitantes.

O facto de não haver um grupo de controlo que representasse um padrão de motilidade intestinal considerado normal, dificulta algumas conclusões.

Para além dos questionários, por si só, serem alvo de grande subjetividade, outra das limitações deveu-se à não validação do questionário dos sintomas gastrointestinais, bem como a não validação e testes de consistência interna do questionário de Acontecimentos traumáticos nos primeiros anos de vida.

Conclusão

Os sintomas gastrointestinais medicamente inexplicáveis estão entre as manifestações que mais frequentemente motivam a solicitação de cuidados de saúde, constituindo um desafio para a prática clínica. Embora a sua fisiopatologia permaneça enigmática, acreditamos que a exposição ao stress emocional, potenciado pelos acontecimentos traumáticos vividos nos primeiros anos de vida, interfira na modulação e na criação da matriz psicossocial do indivíduo. Por sua vez, associado a influências genéticas, ambientais e culturais, aumenta a susceptibilidade para o aparecimento de SGIF na idade adulta.

Para além disso, fatores psicossociais que decorrem ao longo da vida, como o stress e a ansiedade, podem ser considerados fatores desencadeantes dos SGIF através da alteração da modulação da função gastrointestinal, resultante da perturbação da interação bidireccional entre o eixo cérebro-intestino. Estas perturbações podem levar a uma diminuição da qualidade de vida, fomentando o absentismo, o que pode conduzir a uma utilização excessiva e indevida de cuidados médicos, exames complementares, e terapêuticas médicas e cirúrgicas dispendiosas e ineficazes, com impacto significativo a nível emocional, social e económico.

Desta forma, este estudo sublinhou a importância de uma nova concepção na abordagem clínica, diagnóstica e terapêutica dos SGIMI, baseada no modelo biopsicossocial, destacando a ultra-sonografia e a escala de caracterização fecal (Bristol) como instrumento auxiliar de diagnóstico inócuo, de custo relativamente reduzido, na avaliação da fisiologia do trato gastrointestinal.

Bibliografia

- [1] Drossman DA. Rome III - The functional gastrointestinal disorders. 3 ed. Corazziari E, Spiller RC, Thompson WG, Delvaux M, Talley NJ, Whitehead WE editor. United States of America: Degnon Associates, Inc; 2006.
- [2] Akehurst RL, Brazier IE, Mathers N et al. Health-related quality of life and cost impact of irritable Bowel syndrome in a UK primary care setting. *Pharmacoeconomics* 2002; 20(7):455-462.
- [3] Longstreth GF, Drossman DA. Severe Irritable Bowel and Functional Abdominal Pain Syndromes: Managing The Patient And Health Care Costs. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3(4):397-400.
- [4] Grundy D, Al-Chaer ED, Aziz Q, Collins SM, Ke M, Taché Y, et al. Fundamentals of Neurogastroenterology: Basic Science. *Gastroenterology* 2006; 130(5):1391-1411.
- [5] Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373:68-81.
- [6] Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect* 2008; 32(6):607-619.
- [7] Flaherty EG, Thompson R, Litrownik AJ, et al. Effect of early childhood adversity on child health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160(12):1232-1238.
- [8] Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA et al. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5):1447-1458.
- [9] Camilleri M, Talley NJ. Pathophysiology as a basis for understanding symptom complexes and therapeutic targets. *Neurogastroenterol Motil* 2004; 16:135-142.
- [10] Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5):1480-1491.

- [11] Wood JD, Alpers DH, Andrews PL. Fundamentals of neurogastroenterology. *Gut* 1999; 45:6-16.
- [12] Clerc N, Furness JB. Intrinsic primary afferent neurones of the digestive tract. *Neurogastroenterol Motil* 2004; 16:24-27.
- [13] Hollerweger A, Dirks K, Scopinski K. Transabdominal ultrasound of the gastrointestinal tract. In: Dietrich CF, editor. *EFSUMB-European Course Book 2011*; 7:1-56.
- [14] Greiner L. Sono-psychology. In: Dietrich CF, editor. *EFSUMB-European Course Book 2010*; 21:1-6.
- [15] Gilja OH, Braden B, Piscaglia F, Dietrich CF. Functional ultrasound of the gastrointestinal tract. In: Dietrich CF, editor. *EFSUMB-European Course Book 2011*; 28:1-25.
- [16] Pais-Ribeiro JL, Honrado A, Leal I. Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2004; 5(2):229-239.
- [17] Canavarro MC, Simões MR, Serra AV, Pereira M, Rijo D, Quartilho MJ, et al. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In: Simões M, Machado C, Gonçalves M & Almeida L, editor. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora 2007; 3:77-100.
- [18] Canavarro MC, Serra AV, Pereira M, Simões MR, Quintais L, Quartilho, M et al. Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica* 2006; 27(1):15-23.
- [19] Drossman DA, Talley NJ, Olden KW, Leserman J, Olden KW, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: Review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995; 123:782-794.
- [20] Blanchard EB, Keefer L, Payne A, Turner SM, Galovski TE. Early abuse, psychiatric diagnoses and irritable bowel syndrome. *Behaviour Research Therapy* 2002; 40:289-298.
- [21] Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004; 364:462-470.
- [22] Walker EA, Gelfand A, Katon WJ, Koss MP, Von Korff M, Bernstein D et al. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *Am J Med* 1999; 107:332-339.

- [23] Tilburg MAL, Runyan DK, Zolotor AJ, Graham JC, Dubowitz H, Litrownik AJ, et al. Unexplained Gastrointestinal Symptoms After Abuse in a Prospective Study of Children at Risk for Abuse and Neglect. *Ann Fam Med* 2010; 8:134-140.
- [24] Paras ML, Muramoto MH, Chen LP et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009; 302(5):550-561.
- [25] Drossman DA. Abuse, trauma, and GI illness: is there a link?. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:14-25.
- [26] El Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16:1171-1185.
- [27] Wu J. Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanisms and Management. *J Neurogastroenterol Motil* 2012; 18(1):13-18.
- [28] Surdea-Blaga T, Badău A, Dumitrascu DL. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology* 2012; 18(7):616-626.
- [29] Lane RD, Waldstein SR, Critchley HD, Derbyshire SWG, Drossman DA, Wager TD et al. The rebirth of neuroscience in psychosomatic medicine, part II: Clinical applications and implications for research. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71:135-151.
- [30] Larauche M, Mulak A, Taché Y. Stress-Related Alterations of Visceral Sensation: Animal Models for Irritable Bowel Syndrome Study. *Neurogastroenterol Motil* 2011; 17:213-234
- [31] Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Vos R, Fischler B, Demyttenaere K, Tack J. Abuse History, Depression, and Somatization Are Associated With Gastric Sensitivity and Gastric Emptying in Functional Dyspepsia. *Psychosomatic Medicine* 2011; 73(8):648-655.
- [32] Posserud I, Ersryd A, Simrén M. Functional findings in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2006; 12(18):2830-2838.
- [33] Lee OY. Asian motility studies in irritable bowel syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and motility* 2010; 16:120-130.
- [34] Crade M, Pham V. Ultrasound examination of sigmoid colon: possible new diagnostic tool for irritable bowel syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27:206-209.

[35] Parrila M, Lopez MV, Valls O. Atlas de Ecocitopatología diagnóstica en las lesiones abdominales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.

Anexos

Anexo 1

QUESTIONÁRIO

SINTOMAS GASTROINTESTINAIS

Para responder a este questionário, tenha como referência, os últimos 3 meses.
Assinale com uma cruz, a resposta que lhe parece mais adequada.

1	Dor abdominal	Localizada	<input type="checkbox"/>
		Difusa	<input type="checkbox"/>

2	Desconforto abdominal	Nenhum	Leve	Moderado	Severo	Muito Severo	Insuportável
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3	Dor epigástrica	Durante as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Agrava de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Agrava de noite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Dor torácica	Radiada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Localizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Relacionada com refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Nenhum	Leve	Moderado	Severo	Muito Severo	Insuportável
5	Refluxo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ruídos Intestinais Audíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Flatulências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Meteorismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Perda de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Pirose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13	Distensão abdominal visível	0	0	0	0	0	0
14	Distensão abdominal não visível	0	0	0	0	0	0
15	Enfartamento	0	0	0	0	0	0
16	Disfagia para Líquidos	0	0	0	0	0	0
17	Disfagia para sólidos	0	0	0	0	0	0

18	Número de dejeções por dia	Menos de duas	0
		Mais de duas	0
	Número de dejeções por semana	Menos de duas	0
		Mais de duas	0

19	Nos últimos 3 meses, quantas vezes veio à urgência, por estes sintomas	Nenhuma	0
		Uma	0
		Duas	0
		Três ou mais	0

Obrigada pela sua colaboração

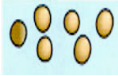





Isabel Maria Pereira Pessoa de Amorim - nºtlf 919156703
Mestrado em Medicina
Aluna 6ºano - 2011/2012

Anexo 2

ESCALA DE BRISTOL
CARACTERÍSTICAS DAS FEZES

Para responder a este questionário, tenha como referência, os últimos 3 meses.

Assinale com uma cruz, a resposta que lhe parece mais adequada.

Tipo I		<input type="radio"/>
Tipo II		<input type="radio"/>
Tipo III		<input type="radio"/>
Tipo IV		<input type="radio"/>
Tipo V		<input type="radio"/>
Tipo VI		<input type="radio"/>
Tipo VII	Líquidas	<input type="radio"/>

Obrigada pela sua colaboração

Isabel Maria Pereira Pessoa de Amorim - nºtlf 919156703
Mestrado em Medicina
Aluna 6ºano - 2011/2012

Anexo 3

QUESTIONÁRIO ACONTECIMENTOS MARCANTES NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA

Até aos 6 anos	Com quem viveu? _____				
	1 Irmãos	Sim	0	Não	0
	2 Boa relação com a família	Sim	0	Não	0
	3 Emigrou	Sim	0	Não	0
	4 Perdas familiares	Sim	0	Não	0
	5 Acidentes	Sim	0	Não	0
	6 Doença	Sim	0	Não	0
	7 Medos	Sim	0	Não	0
	8 Internamento por doença, ou outras causas	Sim	0	Não	0
	9 História de alcoolismo na família	Sim	0	Não	0
	10 Traumas	Sim	0	Não	0
	11 Maus tratos	Sim	0	Não	0
12 Abusos	Sim	0	Não	0	

Dos 6 aos 10 anos	Com quem viveu? _____				
	13 Irmãos	Sim	0	Não	0
	14 Mudança de sítio	Sim	0	Não	0
	15 Perdas familiares	Sim	0	Não	0
	16 Acidentes	Sim	0	Não	0
	17 Doença	Sim	0	Não	0
	18 Medos	Sim	0	Não	0
	19 Traumas	Sim	0	Não	0
	20 Maus tratos	Sim	0	Não	0
	21 Abusos	Sim	0	Não	0
	22 Internamento por doença, ou outras causas	Sim	0	Não	0
	23 Boas relações na escola	Sim	0	Não	0
	24 Boa relação com o professor	Sim	0	Não	0
	25 Boa relação com os familiares	Sim	0	Não	0
26 Boa relação com os amigos	Sim	0	Não	0	

Dos 10 aos 12 anos	Com quem viveu? _____				
	27 Irmãos	Sim	0	Não	0
	28 Mudança de sítio	Sim	0	Não	0
	29 Perdas familiares	Sim	0	Não	0
	30 Acidentes	Sim	0	Não	0
	31 Doença	Sim	0	Não	0
	32 Medos	Sim	0	Não	0
	33 Traumas	Sim	0	Não	0
	34 Maus tratos	Sim	0	Não	0
	35 Abusos	Sim	0	Não	0
	36 Internamento por doença, ou outras causas	Sim	0	Não	0
	37 Boas relações na escola	Sim	0	Não	0
	38 Boas relações com os professores	Sim	0	Não	0
	39 Boa relação com os familiares	Sim	0	Não	0
40 Boa relação com os amigos	Sim	0	Não	0	

Anexo 4

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

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e circule aquela que lhe parece mais adequada, 0, 1, 2 ou 3, para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante os últimos 3 meses.

A classificação é a seguinte:	0- não se aplicou nada a mim
	1- aplicou-se a mim várias vezes
	2- aplicou-se a mim 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 para reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7	Senti tremores (por exemplo: 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(a)	0	1	2	3
12	Senti dificuldades em relaxar	0	1	2	3
13	Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	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 boas razões para isso	0	1	2	3
21	Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Obrigada pela sua colaboração

Anexo 5

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
	1º-4º anos	<input type="checkbox"/>
	5º-6º anos	<input type="checkbox"/>
	7º-9º anos	<input type="checkbox"/>
	10º-12º anos	<input type="checkbox"/>
	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>	

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
	União de facto	<input type="checkbox"/>
	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 6

ULTRA-SONOGRAFIA ABDOMINAL

Padrão de motilidade - estômago

	Estase			
Estômago	Sim	0	Não	0

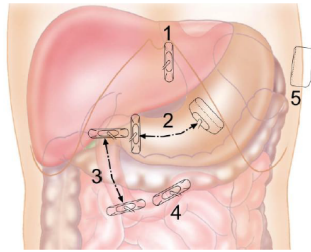


Figura 3 - Método de abordagem do padrão de motilidade do estômago por ultra-sonografia [13].

Padrão de motilidade - cólon

Padrão de Motilidade Intestinal	Estase ascendente	0	I	II	III
	Estase transverso	0	I	II	III
	Estase descendente	0	I	II	III
	Espasticidade	Sim 0	Não 0		

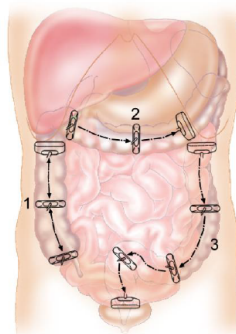


Figura 4 - Método de abordagem do padrão de motilidade do cólon por ultra-sonografia [13].

Anexo 7

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 objetivo 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 objetivo do estudo em causa, nomeadamente a avaliação do impacto de acontecimentos na infância, na adolescência, qualidade de vida e fatores psicossociais, nos pacientes com sintomas gastrointestinais e funcionais, e sua relação com os sintomas medicamente inexplicáveis, cada participante, deve responder a um questionário (EADS-21, Sintomas gastrointestinais, Escala de Bristol, WHOQOL-bref, Acontecimentos traumáticos dos primeiros anos de vida) e ser submetido a uma ultra-sonografia abdominal, no contexto do seguimento clínico da sua doença.

Declaro que fui informado, quanto à inexistência de benefícios diretos com a realização do projeto 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: _____