

**ANA CAROLINE NUNES SOARES
BRUNO OLIVEIRA DE MATOS
RODRIGO FERREIRA DA ROCHA**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL NA
POPULAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE BELÉM NO PERÍODO DE NOVEMBRO
DE 2006 A FEVEREIRO DE 2008**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como pré-requisito
para obtenção do grau em
Medicina pela Universidade
Federal do Pará. Orientador: Prof.
Dr. Marcus Vinicius Henriques
Brito.**

**Belém
2008**

**ANA CAROLINE NUNES SOARES
BRUNO OLIVEIRA DE MATOS
RODRIGO FERREIRA DA ROCHA**

**ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL NA
POPULAÇÃO DA MACRORREGIÃO DE BELÉM NO PERÍODO DE NOVEMBRO
DE 2006 A FEVEREIRO DE 2008**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado como pré-requisito para
obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.
Orientador: Prof. Dr. Marcus Vinicius
Henriques Brito.**

Nome da Banca Examinadora e Instituição.

1 _____
2 _____
3 _____

Julgado em: ___/___/_____

Conceito: _____

Dedico esta conquista a Márcio Jorge Veloso que, muito mais que namorado, mostrou-se um amigo e companheiro de trabalho que colaborou de forma marcante em nossas pesquisas, tendo se tornado quase o quarto membro da “trupe” em nossas incansáveis caminhadas por Belém.

Aos queridos colegas Bruno Matos e Rodrigo Rocha, com quem compartilhei muitas e muitas horas de trabalho, dedicação, cansaço, e também de sorrisos, companheirismo, respeito, entendimento e amizade verdadeira.

Aos meus familiares que, mesmo estando longe e sem terem tido a oportunidade de acompanhar o cotidiano desta jornada, colaboraram na forma de apoio e incentivo moral, psicológico e financeiro.

Ana Caroline Nunes Soares.

Dedico este trabalho aos meus familiares que sempre me apoiaram e incentivaram, dando toda colaboração possível para a sua realização.

Aos amigos, que muitas vezes passaram horas ao nosso lado para nos ajudar, especialmente Márcio Jorge, que durante as entrevistas do TCC tornou-se um quarto membro da equipe.

Rodrigo Rocha e Carol Nunes que tiveram paciência, sabedoria, bom humor, persistência, teimosia e fundamentalmente espírito de grupo.

Bruno Matos.

Dedico este trabalho aos meus pais e meu irmão que são as pessoas, estando longe ou estando perto, acompanham-me sempre presentes no meu coração.

Homenageio também a minha namorada, Marcela Nogueira Camilo, que teve sua grande importância, não só por me ajudar em entrevistas, mas por me suportar bravamente em momentos de cansaço e estresse gerados pelo trabalho.

Seria muito injusto se eu deixasse de homenagear nosso querido amigo Márcio Jorge que utilizou o seu pouco tempo de estada aqui em Belém para ver sua namorada para nos alegrar com suas palhaçadas e, principalmente, ajudar nas árduas aventuras como entrevistadores.

Lógico que os meus parceiros que sempre estiveram presentes em todos os momentos cruciais desse trabalho, com o seu apoio, compreensão, discussão e muitos “desempates”: Ana Caroline Nunes e Bruno Matos.

Por fim, dedico aos meus amigos e familiares por todo o apoio e força moral para vencer esse paradigma.

Rodrigo Rocha.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito, professor assistente do Departamento de Clínica Propedêutica da UFPA, orientador da seguinte pesquisa, pelo valioso auxílio desde o princípio, pela paciência, atenção e dedicação. Além de nossos sinceros agradecimentos ficam aqui registrados nosso respeito e admiração, os quais seguirão conosco por toda nossa carreira profissional.

Agradecemos ainda a todas as pessoas que se submeteram às entrevistas ou auxiliaram na realização das mesmas porque esse grande apoio foi sempre a nossa maior força.

.

Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável. Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação. E, quando tudo me faltasse, um segredo: o de buscar no interior de si mesmo a resposta e a força para encontrar a saída.

Gandhi

RESUMO

Cerca de 50% dos pacientes que procuram atendimento gastroenterológico sofrem de problemas funcionais. Dentre estas, a síndrome do intestino irritável (SII) é a mais freqüente. O presente trabalho se propõe a fazer estudo epidemiológico na população da macrorregião de Belém a respeito da prevalência da SII, visando colaborar com o traçado do perfil dos portadores dessa síndrome no país. Foram selecionados 1067 habitantes sem restrições com relação à idade e ao sexo para a triagem da SII. A partir da prevalência encontrada de entrevistados com a SII (130 pacientes) foi gerado um grupo controle (n=130) com características idênticas ao grupo doente com relação à idade e ao sexo, porém sem queixas compatíveis com a SII. Os autores encontraram uma prevalência de 12,18% da SII na população da macrorregião de Belém e traçaram o seguinte perfil epidemiológico da síndrome: predomínio do sexo feminino, prevalência significativa de distensão abdominal, dor abdominal com freqüência, além das seguintes co-morbidades: sintomas gastro-esofágicos (azia, queimação, empachamento, má digestão, regurgitação e sensação de boca amarga), diminuição do apetite, sintomas cardíacos (arritmia e dor precordial), sintomas respiratórios (asma), fadiga, cefaléia, dores nas costas, torcicolo, engasgos noturnos, faringite, rouquidão e ansiedade.

Palavras-chave: síndrome do intestino irritável, prevalência, dor abdominal.

ABSTRACT

Around 50% of the patients who search for gastroenterologic care suffer from functional problems. Among these, the irritable bowel syndrome (IBS) is the most frequent. The present research proposes to do an epidemiologic study in the population of the macro area from Belém –Pará - Brazil about the prevalence of IBS, with the aim to collaborate with the delimitation of a IBS profile in Brazil. 1067 habitants were select, without restrictions about age or gender, to the IBS screening. From the found prevalence about the IBS (130 patients) has been generated a control group (n=130) with similar characteristics of age and gender from the sick group, but without compatible complaints of IBS. Were found a prevalence of 12.18% from IBS in the macro area of Belém population and were also delimitate the following IBS epidemiologic profile: female predominance, significant prevalence of bloating, frequent abdominal pain, and also the following co-morbidities: gastro-esophagic symptoms (heartburn, burning, overfeeding, poor digestion, regurgitation and the feeling of mouth bitter), decreased appetite, cardiologic symptoms (arrhythmia, precordial pain), respiratory symptoms (asthma), fatigue, headache, back pain, tortichollis, night choking, pharyngitis, hoarseness and anxiety.

Key-words: irritable bowel syndrome, prevalence, abdominal pain.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	21
3. MATERIAL E MÉTODO	30
4. RESULTADOS.....	34
5. DISCUSSÃO.....	82
6. CONCLUSÃO	88
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	92
ANEXOS.....	106

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ORGANOGRAMA 1 – Amostra estudada.....	31
GRÁFICO 1 – Presença ou ausência da síndrome do intestino irritável na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	34
GRÁFICO 2 – Distribuição por sexo da população portadora da SII na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	35
GRÁFICO 3 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	36
GRÁFICO 4 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 em valores percentuais.	37
GRÁFICO 5 – Presença ou ausência de distensão abdominal na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	39
GRÁFICO 6 – Presença ou ausência de distensão abdominal na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	39
GRÁFICO 7 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 hora por dia na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	41
GRÁFICO 8 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 hora por dia na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	41
GRÁFICO 9 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	43
GRÁFICO 10 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	43

GRÁFICO 11 – Presença ou ausência de azia ou queimação na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	45
GRÁFICO 12 – Presença ou ausência de azia ou queimação na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	45
GRÁFICO 13 – Presença ou ausência de empachamento na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	47
GRÁFICO 14 – Presença ou ausência de empachamento na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	47
GRÁFICO 15 – Presença ou ausência de má digestão na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	49
GRÁFICO 16 – Presença ou ausência de má digestão na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	49
GRÁFICO 17 – Presença ou ausência de regurgitação na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	51
GRÁFICO 18 – Presença ou ausência de regurgitação na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	51
GRÁFICO 19 – Presença ou ausência de sensação de boca amarga na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	53
GRÁFICO 20 – Presença ou ausência de sensação de boca amarga na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	53
GRÁFICO 21 – Presença ou ausência de diminuição do apetite na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	55

GRÁFICO 22 – Presença ou ausência de diminuição do apetite na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	55
GRÁFICO 23 – Presença ou ausência de arritmias na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	57
GRÁFICO 24 – Presença ou ausência de arritmias na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	57
GRÁFICO 25 – Presença ou ausência de dor precordial na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	59
GRÁFICO 26 – Presença ou ausência de dor precordial na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	59
GRÁFICO 27 – Presença ou ausência de asma brônquica na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	61
GRÁFICO 28 – Presença ou ausência de asma brônquica na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	61
GRÁFICO 29 – Presença ou ausência de cansaço com freqüência na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	63
GRÁFICO 30 – Presença ou ausência de cansaço com freqüência na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	63
GRÁFICO 31 – Presença ou ausência de cefaléia na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	65
GRÁFICO 32 – Presença ou ausência de cefaléia na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	65

GRÁFICO 33 – Presença ou ausência de dores nas costas na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	67
GRÁFICO 34 – Presença ou ausência de dores nas costas na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	67
GRÁFICO 35 – Presença ou ausência de dificuldade para urinar na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	69
GRÁFICO 36 – Presença ou ausência de dificuldade para urinar na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	69
GRÁFICO 37 – Presença ou ausência de engasgos noturnos na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	71
GRÁFICO 38 – Presença ou ausência de engasgos noturnos na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	71
GRÁFICO 39 – Presença ou ausência de faringite na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	73
GRÁFICO 40 – Presença ou ausência de faringite na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	73
GRÁFICO 41 – Presença ou ausência de rouquidão na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	75
GRÁFICO 42 – Presença ou ausência de rouquidão na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	75
GRÁFICO 43 – Presença ou ausência de torcicolo na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	77

GRÁFICO 44 – Presença ou ausência de torcicolo na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	77
GRÁFICO 45 – Presença ou ausência de ansiedade na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	79
GRÁFICO 46 – Presença ou ausência de ansiedade na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	79
GRÁFICO 47 – Presença ou ausência de depressão na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	81
GRÁFICO 48 – Presença ou ausência de depressão na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	81
QUADRO 1 – Cálculo do fator referente à quantidade de questionários a serem aplicados na Macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	101
QUADRO 2 – Cálculo da quantidade de questionários a serem aplicados na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	103
QUADRO 3 – Número de domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.	106
QUADRO 4 – Número de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.	109
QUADRO 5 – Média de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.	112

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Presença ou ausência da síndrome do intestino irritável na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	34
TABELA 2 – Distribuição por sexo da população portadora da SII na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	35
TABELA 3 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	36
TABELA 4 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 em valores percentuais.....	37
TABELA 5 – Presença ou ausência de distensão abdominal na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	38
TABELA 6 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 hora por dia na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	40
TABELA 7 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	42
TABELA 8 – Presença ou ausência de azia ou queimação na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	44
TABELA 9 – Presença ou ausência de empachamento na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	46
TABELA 10 - Presença ou ausência de má digestão na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	48
TABELA 11 - Presença ou ausência de regurgitação na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	50

TABELA 12 – Presença ou ausência de sensação de boca amarga na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	52
TABELA 13 – Presença ou ausência de diminuição do apetite na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	54
TABELA 14 – Presença ou ausência de arritmias na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	56
TABELA 15 – Presença ou ausência de dor precordial na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	58
TABELA 16 – Presença ou ausência de asma brônquica na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	60
TABELA 17 – Presença ou ausência de cansaço com freqüência na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	62
TABELA 18 – Presença ou ausência de cefaléia na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	64
TABELA 19 – Presença ou ausência de dores nas costas na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	66
TABELA 20 – Presença ou ausência de dificuldade para urinar na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	68
TABELA 21 – Presença ou ausência de engasgos noturnos na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.	70
TABELA 22 – Presença ou ausência de episódios freqüentes de faringite na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	72
TABELA 23 – Presença ou ausência de rouquidão na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	74

TABELA 24 – Presença ou ausência de torcicolo na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	76
TABELA 25 – Presença ou ausência de ansiedade na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	78
TABELA 26 – Presença ou ausência de depressão na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.....	80

1. INTRODUÇÃO

Cerca de 50% dos pacientes que procuram atendimento gastroenterológico sofrem de problemas funcionais, ou seja, não apresentam lesão orgânica no aparelho digestivo demonstrável pelos métodos propedêuticos atuais.

Entre as doenças funcionais, a síndrome do intestino irritável (SII) é a mais freqüente. O termo “funcional” não implica distúrbio psiquiátrico ou ausência de doença, e sim um distúrbio subjacente conhecido ou suspeitado da função intestinal (DE SCHRYVER et al., 2000; TALLEY, 2005; THOMPSON et al., 1999).

Embora a terminologia (SII) sugira alterações limitadas aos intestinos, todo o trato digestivo pode ser afetado do ponto de vista motor. A motilidade do cólon está normal, mas os pacientes com SII tendem a exibir um cólon anormalmente reativo a alimentos, medicamentos, hormônios intestinais e ao estresse (DAMIÃO; MORAES-FILHO, 2001; TALLEY, 2005).

Ainda que tais alterações motoras participem de forma importante na gênese de alguns dos sintomas característicos deste distúrbio é consenso entre os gastroenterologistas que múltiplos fatores encontrem-se efetivamente envolvidos para explicar de forma mais abrangente todas as queixas referidas pelos doentes. Aceita-se que a síndrome seja multideterminada, com variações individuais e populacionais, influenciadas por aspectos culturais, sociais e psicológicos (MISZPUTEN, 2005).

Na América Latina, em estudos baseados na comunidade, a prevalência da SII no Brasil, Colômbia, México e Uruguai oscilou entre 9 e 18%, e somente entre 10% e 50% das pessoas que apresentam SII consultam-se com um médico. Essa doença encontra-se distribuída por todas as raças, afetando homens e mulheres de qualquer idade. Sua maior prevalência é em mulheres, mas afeta igualmente brancos e negros, sendo mais baixa em pessoas com mais de 60 anos (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

Uma pesquisa da “*American National Health*” estimou que a cada ano ocorrem 3 milhões de consultas médicas, 2,2 milhões de prescrições e 96.000 licenças hospitalares devido à SII. No Brasil, 22% dos pacientes com SII têm maior ausência no trabalho, com uma

média de 1-5 dias no ano de faltas no trabalho (SAITO et al., 2002; VALENZUELA et al., 2004).

Entretanto, a real incidência é difícil de ser determinada pelo simples fato de que provavelmente a grande maioria dos doentes não procura assistência médica em razão de sintomas menores, toleráveis ou então pouco freqüentes. Convivem de alguma forma adaptando-se ao seu desconforto, comprometendo essa análise, mesmo em estudos populacionais com a participação de grande número de indivíduos (MISZPUTEN, 2005).

Os indivíduos com SII representam um gasto econômico considerável em todo o mundo. Devido seu caráter crônico, incurabilidade até o presente momento, manuseio terapêutico difícil e interferência na qualidade de vida, mantêm os custos diretos como visitas médicas, hospitalizações, prescrições e indiretos como produtividade profissional e absenteísmo, bastante elevados se comparados a outras doenças crônicas gastroenterológicas (MISZPUTEN, 2005).

A SII é uma doença de importante relevância, pois é responsável por despesas no orçamento público de saúde, por faltas no ambiente escolar e de trabalho. Ainda assim é uma patologia para a qual muitos pacientes não dão a devida atenção, nem no Brasil, nem na cidade de Belém, o que poderia ser devido à falta de conhecimento sobre a mesma.

No Brasil, ainda não existem estudos epidemiológicos padronizados a respeito dessa síndrome. O presente trabalho se propõe, portanto, a fazer um estudo epidemiológico na população da macrorregião de Belém a respeito da prevalência da SII, visando colaborar com o traçado do perfil dos portadores dessa síndrome no país.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 DEFINIÇÃO:

A síndrome do intestino irritável é uma doença funcional que possui uma grande variedade de sintomas e de difícil diagnóstico, sendo uma das desordens funcionais mais frequentes do trato digestivo. É um evento clínico, crônico e recorrente que acomete particularmente o intestino grosso (MISZPUTEN, 2005; THOMPSON et al., 1999).

Trata-se de uma alteração da motilidade do tubo digestivo caracterizada clinicamente por anormalidades do hábito intestinal (constipação e/ou diarreia) e dor abdominal, para as quais não se demonstra, pelos métodos de investigação disponíveis, mudanças estruturais ou anatômicas e irregularidades bioquímicas ou biológicas que as justifiquem (MISZPUTEN, 2005; THOMPSON et al., 1999).

2.2 ETIOLOGIA:

Considera-se que a SII seja um transtorno de origem multifatorial, tanto pela possibilidade de diferentes fatores conduzirem aos mesmos sintomas como pela possibilidade de que múltiplos fatores se associem para dar origem aos sintomas (KLINGER Jaime R.; KLINGER, José R., 2001).

Por muito tempo pensou-se na SII exclusivamente como uma manifestação visceral relacionada a distúrbios psicológicos. Embora fatores emocionais e de estresse social tenham participação marcante na expressão da doença, novas descobertas relacionadas à sua fisiopatologia vêm diminuindo a crença nesta abordagem seletiva. Aceita-se que a síndrome seja multideterminada, com variações individuais e populacionais, influenciadas por aspectos culturais, sociais e psicológicos (LONGSTRETH et al., 2001).

2.3 EPIDEMIOLOGIA:

A verdadeira prevalência da SII tem sido recentemente documentada em várias partes do mundo. Está distribuída por todas as raças, afetando homens e mulheres de qualquer idade (QUIGLEY, 2006; MISZPUTEN, 2005).

A SII possui uma prevalência maior em mulheres, sendo a relação mulher : homem de 2,4:1. Apesar do número aumentado em mulheres, a severidade dos sintomas, os efeitos da disfunção e os níveis de alterações psicológicas, ao que parece, são semelhantes em ambos, ainda que as mulheres tendam a apresentar com maior frequência constipação, distensão e náuseas. A prevalência entre a raça branca e negra é praticamente semelhante (LEE et al., 2001; TALLEY, 2005).

A idade em que geralmente se iniciam os sintomas da síndrome é entre os 20 e 29 anos de idade, sendo a maior prevalência observada em adultos jovens, entre 20 e 45 anos. Com o tempo 30% das pessoas com SII tornam-se assintomáticas. A prevalência em pessoas com mais de 60 anos de idade se mostra mais baixa (MORAL, 2003; TALLEY, 2005).

Apenas um terço dos pacientes que possuem esta síndrome procuram auxílio médico, mas aproximadamente 12% das consultas iniciais se devem a SII. A não procura por assistência especializada ou o atraso em fazê-lo deve-se a existência de sintomas menores, toleráveis ou pouco frequentes, levando o indivíduo a conviver de forma adaptada ao seu desconforto. As pessoas geralmente procuram o serviço médico entre os 30 e 50 anos, quando tendem a ter uma dor abdominal mais intensa, com uma maior frequência e uma maior gravidade dos sintomas não-gastrointestinais tais como cefaléia, fadiga ou dismenorréia (MISZPUTEN, 2005; TALLEY, 2005).

A partir de observações de trabalhos publicados ao redor do mundo, fica absolutamente claro que a SII é uma desordem comum, não somente na América do Norte e na Europa Ocidental, mas também em toda Ásia e América Latina e também em partes da África. Porém, precisar quanto comum é discutível, pois os resultados de levantamentos populacionais para avaliação da sua prevalência sofrem restrições, como a forma de desenvolvimento da pesquisa e divergência entre os critérios clínicos empregados. Em resumo, as prevalências mais publicadas pela literatura situam-se entre 10% a 20%. (MISZPUTEN, 2005;QUIGLEY, 2006).

2.4 FISIOPATOLOGIA:

A SII seria decorrente de uma complexa interação, ainda não muito bem elucidada, entre fatores fisiológicos e psicossociais por meio do eixo cérebro-intestino. Sua fisiopatologia estaria baseada em alguns pilares principais como: alterações da motricidade, alterações da sensibilidade visceral, fatores psicológicos e alteração dos neurotransmissores (KLINGER, Jaime R.; KLINGER, José R., 2001).

Desde 1950 a SII tem sido relacionada a um distúrbio da motilidade intestinal, onde apenas a quantidade dos movimentos está alterada, permanecendo a qualidade dos padrões motores semelhantes a dos indivíduos normais. Atualmente admite-se que pacientes com SII apresentam de forma congênita ou adquirida uma susceptibilidade maior para desenvolver alterações motoras frente a vários estímulos fisiológicos e/ou emocionais (hiperalgesia visceral) (DAMIÃO; MORAES-FILHO, 2001).

Nos doentes de SII, com predominância de diarreia, ocorre uma resposta exagerada do cólon à alimentação, mais prolongada que o normal (segundo estudos manométricos e mioelétricos), e contrações propulsivas observadas em exagero. Esse comportamento pode encontrar explicações nas avaliações das funções autonômica, em que se comprovou nos doentes com formato diarreico da síndrome, valores de medida adrenérgica, significativamente diferentes dos controles e resposta colinérgica vagal bem menor no grupo de constipados (MISZPUTEN, 2005).

Os portadores de SII na forma diarreica têm limiares menores para a sensação de passagem de gases e de fezes, quanto ao desconforto abdominal e à urgência fecal, se estimulados por distensão retal, isto é, demonstrando maior sensibilidade colorretal. Já os constipados só desenvolvem desconforto com grandes volumes de distensão, como se não estivessem sujeitos à hiperalgesia visceral (MISZPUTEN, 2005).

Atualmente fatores genéticos são aceitos para explicar a fisiopatologia da SII. Estes afetariam os mecanismos de sinalização da dor visceral, aumentando sua percepção e seu processamento pelo sistema nervoso central pelas vias aferentes, emitindo respostas eferentes também exacerbadas (MISZPUTEN, 2005).

Novos procedimentos de neuroimagem têm detectado diferenças fisiológicas entre indivíduos normais e portadores de SII. A tomografia computadorizada cerebral com emissão de pósitrons (PET) mostra as disfunções do sistema nervoso central descritas na SII frente à manipulação e reconhecimento dos estímulos viscerais. Em indivíduos normais, a distensão retal aumentou o fluxo sanguíneo no córtex cingulado anterior, enquanto nos com SII houve aumento do fluxo sanguíneo somente na região pré-frontal cortical (DAMIÃO; MORAES-FILHO, 2001).

A musculatura lisa do tubo digestivo atua como efetora das mensagens comandadas pelos nervos do eixo cérebro-intestino. Estas células musculares expressam vários receptores – nociceptores, que são capazes de responder a uma variedade de estímulos originados no sistema nervoso entérico. Cerca de 2/3 de portadores da SII apresentam hipersensibilidade ou nocicepção visceral aumentada (MISZPUTEN, 2005).

A sensibilidade visceral aumentada dos portadores de SII está bem demonstrada pela literatura especializada. Inicialmente comprovada nos testes de distensão retal, foi também observada em sigmóide, estômago e esôfago. Entretanto, apesar desta sensibilidade comprometer outros órgãos, nem sempre é reproduzida em outros sistemas (MISZPUTEN, 2005).

A causa dessa hipersensibilidade visceral ainda não está completamente esclarecida. Atualmente, acredita-se que a liberação inapropriada de neuromediadores no plexo mioentérico altere a funcionalidade dos neurônios dos sistemas intrínsecos e extrínsecos. Em particular a serotonina, que é um dos principais neurotransmissores envolvidos no controle funcional do trato gastrointestinal e tem um papel importante na fisiopatologia da SII (MULAK; PARADOWSKI, 2006).

A serotonina seria liberada como secreção parácrina das células enterocromoafins e mastócitos, a partir de estímulos mecânicos, inflamações ou agressão tecidual (MISZPUTEN, 2005).

Diferentes subtipos de receptores 5-HT estão envolvidos na regulação dos reflexos entéricos e sinalização para o sistema nervoso central (MULAK; PARADOWSKI, 2006).

Há evidências atuais de que a disfunção também possa surgir após quadros de gastroenterites agudas, possivelmente em decorrência de persistente atividade imunoinflamatória da mucosa agredida e de seus mediadores químicos (MISZPUTEN, 2005).

Apesar dos fatores psicológicos estarem presentes em muitos doentes é pouco provável que possam ser considerados como causa da disfunção. Podem alterar o funcionamento intestinal aumentando sua motilidade e sensibilidade, assim como quadros de dor abdominal, diarréia ou meteorismo podem causar ansiedade, depressão ou até estados de hipervigilância para os sintomas (MISZPUTEN, 2005).

2.5 QUADRO CLÍNICO:

A SII é um distúrbio gastrointestinal que se caracteriza por dor ou desconforto abdominal de caráter crônico somado à mudança do hábito intestinal. É comum que essa dor ocorra na parte baixa do abdome, mas isso não se toma como regra geral, podendo a dor estar em qualquer localização, sendo variável em sua qualidade, intensidade e duração. Geralmente a dor abdominal é do tipo cólica ou contínua, que é aliviada com a defecação (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

Esta síndrome pode ter quatro classificações quanto ao padrão da defecação: ser de caráter constipante, diarréico, misto ou indefinido. Quando constipante ocorre diminuição na frequência de defecação, fezes endurecidas ou no formato de síbalos e sensação de evacuação incompleta. No padrão diarréico, constata-se um amolecimento ou uma consistência aquosa das fezes, evacuações de volume pequeno ou moderado, com o aumento da sua frequência e com predominância pós-prandial, eliminação de muco, urgência e até mesmo incontinência fecal. Já no padrão misto os pacientes apresentariam características de ambos os grupos, tanto constipantes quanto diarréicos em períodos variados de tempo, podendo haver o predomínio de uma das classes sobre a outra em determinados períodos (LONGSTRETH, 2006; TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

Ainda existem os pacientes que se encontram no grupo indefinido onde as características de suas fezes não os classificavam em nenhum dos grupos anteriormente citados. A classificação dos subtipos de portadores da SII foi facilitada através do uso da “*The Bristol Stool Form Scale*” (LONGSTRETH et al., 2006).

Ainda podem estar presentes sintomas pouco comuns como refluxo gastroesofágico (1/3 dos pacientes com SII apresentam esse sintoma), odinofagia, *globus faringeus*, dispepsia com desconforto epigástrico e náuseas que não acompanham vômitos (TALLEY, 2005).

Alguns sintomas extra-digestivos podem estar presentes como aumento da frequência miccional, disúria, nictúria, urgência urinária, dispareunia, dismenorréia, fadiga, cefaléia e lombalgia. A SII ainda pode ter relação com a hipertensão arterial sistêmica, hiperreatividade brônquica e com a fibromialgia (TALLEY, 2005; VALENZUELA J. et al, 2004).

2.6 DIAGNÓSTICO:

Atualmente o diagnóstico da SII é estabelecido através do uso dos critérios de Roma III, no qual o paciente deve apresentar dor ou desconforto abdominal recorrente presente por pelo menos três dias no mês, nos últimos três meses, sendo que o início dos sintomas deve ter ocorrido há pelo menos seis meses associado a dois dos três critérios a seguir: melhora dos sintomas com a defecação; início associado à mudança da frequência defecatória e início associado à mudança no aspecto das fezes (LONGSTRETH et al., 2006).

Em pacientes idosos e em pacientes com “sinais de alarme” (perda de peso sem explicação, vômito persistente, diarreia importante, hemorragia, anemia, esteatorréia, febre, forte história familiar de câncer de cólon) devem ser feitas investigações para exclusão de doenças importantes que possam ser confundidas com a SII, como doenças metabólicas, doença intestinal inflamatória e câncer colorretal (VALENZUELA et al., 2004).

Os exames que podem ser utilizados para realizar o diagnóstico diferencial são hemograma completo, bioquímica de rotina, sorologia celíaca, exame de fezes, sigmoidoscopia, função da tireóide, entre outros a depender da sintomatologia predominante. Já diante de sintomas típicos e na ausência de sinais de alarme, os exames laboratoriais pouco acrescentarão. O uso dos critérios somado a uma anamnese e exame físico cuidadosos permitirão estabelecer um diagnóstico de inclusão em cerca de 95% dos pacientes com a SII (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

2.7 TRATAMENTO:

Uma vez tendo-se diagnosticado a SII e excluído outras patologias, a forma mais direta e econômica possível de tratamento é explicar ao paciente a importância e o significado deste diagnóstico. Uma boa relação médico-paciente tem efeito terapêutico e a tranquilização do paciente quanto ao problema é componente essencial no tratamento. É de muita relevância assegurar ao paciente que a SII trata-se de um processo benigno e que não representa risco de vida nem causa neoplasia. Deve-se também explicar sobre o curso crônico recorrente que a SII pode apresentar, e elucidar que há fatores precipitantes das crises, como transtornos alimentares e períodos de estresse (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

De forma geral, na dependência de sua gravidade, os casos de SII podem ser categorizados em leves, moderados e graves. As medidas terapêuticas adotadas devem estar relacionadas com a gravidade do quadro e orientadas no sentido de promover uma melhor qualidade de vida ao paciente, sempre considerando o gasto que a síndrome pode vir a ocasionar (VALENZUELA et al., 2004).

A diarreia pode ser agravada com o uso de antiácidos contendo magnésio, xaropes para tosse contendo sorbitol, antibióticos e laxantes, assim como a constipação pode ser exacerbada com anticolinérgicos, opiáceos, psicotrópicos, antiácidos contendo alumínio, entre outros. O uso abusivo de bebidas alcoólicas e produtos contendo cafeína e descafeinados pode precipitar os sintomas, e o uso excessivo de goma de mascar e refrigerantes *diet* pode induzir os sintomas pela quantidade ingerida de sorbitol (TALLEY, 2005).

O aumento do teor de fibras na alimentação, com a adição de farinha de cereais não-processada, torna as fezes mais volumosas, mais moles e de trânsito mais fácil, podendo aliviar a constipação. O conteúdo de fibras deve ser lentamente aumentado, para reduzir o timpanismo e a flatulência frequentemente induzidos no início. Muitos pacientes preferem um agente que aumente o volume, como suplemento contendo fibra de psílio, que deve ser instituído numa dose diária baixa. Devem ser evitadas dietas ricas em gordura, o consumo de repolho, feijões, legumes e lentilhas, pois estes são fermentados no cólon, podendo aumentar a flatulência (TALLEY, 2005).

Em relação à farmacoterapia, a resposta ao placebo em casos de SII é de 30 a 60%, devido à natureza flutuante dos sintomas e da tendência dos pacientes em se apresentarem ao médico quando os sintomas estão piores, com subsequente melhora espontânea (TALLEY, 2005).

Em pacientes que se queixam de dor abdominal, o emprego de antiespasmódicos pode ser útil se administrados 30 ou 60 minutos antes das refeições, causando relaxamento ao músculo liso intestinal e diminuindo a dor e os sintomas associados ao espasmo. Algumas alternativas são hiosciamina, beladona, dicyclomina e brometo de propantelina, podendo haver presença de efeitos colaterais anticolinérgicos (boca seca, visão nublada e retenção urinária) (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

Pacientes que sofrem de constipação e que não são respondem à adição de fibra na dieta podem ser beneficiados com lactose ou leite de magnésia. Em casos graves, pode-se fazer uso empírico de misoprostol, o análogo da prostaglandina que comumente induz diarreia. Tegaserode é um novo agente procinético, agonista da 5-hidroxitriptamina do tipo 4 (HT₄), que é bem tolerado e tem demonstrado ganho terapêutico convincente. De modo geral, devem ser evitados laxativos estimulantes devido aos efeitos potencialmente nocivos, como a depleção de água e eletrólitos (TALLEY, 2005).

Em SII com predomínio de diarreia, há um trânsito acelerado do intestino delgado e cólon proximal, traduzindo-se em fezes líquidas, urgência e secreção retal. Para o tratamento desses sintomas utiliza-se fármacos que diminuem a motilidade intestinal e aumentam a absorção de água e eletrólitos. Recomenda-se o uso destes para episódios de diarreia que interfiram com o trabalho e a vida social, e que não tenham respondido a outras medidas terapêuticas prévias. Inicialmente, o agente farmacológico de escolha é a loperamida; seu melhor uso é na prevenção da diarreia, e não depois de ocorrido o evento. Em alguns casos, a descontinuação dessa medicação causa constipação de rebote. A combinação com simeticona pode ser mais eficaz, entretanto, a dor abdominal não é aliviada em nenhum dos casos (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

Alguns pacientes não respondem à farmacoterapia habitual. A relação dos transtornos psicológicos e a SII é amplamente reconhecida. Os pacientes com SII relatam frequentemente que o estresse psicológico se associou ao início da exacerbação dos sintomas digestivos. Em

outros casos, os pacientes referem histórias de traumas emocionais. É importante conhecer essa associação porque alguns pacientes com sintomas moderados a graves e com transtornos psicológicos ou psiquiátricos concomitantes são os que mais se consultam e nos quais as medidas sintomáticas convencionais são menos eficazes. A necessidade da indicação de tratamento psicológico depende, obviamente, da gravidade dos transtornos observados. Em casos leves, pode ser útil apenas que o médico da atenção primária estreite a relação com o paciente, gerando confiança acerca do diagnóstico e recomendando medidas simples que permitam o controle do estresse. Se for indicado o encaminhamento a um profissional de saúde mental, o clínico deve tranquilizar o paciente, informando que este procedimento faz parte de uma abordagem em equipe (TALLEY, 2005; VALENZUELA et al., 2004).

Antidepressivos tricíclicos são particularmente úteis em pacientes recalcitrantes ou com dor crônica, devido aos seus efeitos anticolinérgicos e/ou de modulação central de sensibilidade. Estes devem ser iniciados numa pequena dose, e seu aumento poderá ser lentamente titulado, embora tais medicamentos possam piorar a constipação. A amitriptilina causa alta incidência de efeitos colaterais anticolinérgicos, enquanto a dosipramina causa menos efeitos (TALLEY, 2005; VALENZUELA J. et al., 2004).

Em resumo, o tratamento da SII deve ser iniciado baseando-se em uma boa relação médico-paciente, deve ser integral e incluir recomendações para uma possível modificação do estilo de vida. O tratamento farmacológico deve estar focado segundo os sintomas predominantes, o motivo da consulta e o grau de qualidade de vida do paciente, para então eleger uma medida que tenha a melhor relação custo-benefício (VALENZUELA et al., 2004).

2.8 PROGNÓSTICO:

Estudos mostram que os pacientes diagnosticados com a SII positivamente, dificilmente têm o seu diagnóstico alterado. A maioria dos pacientes continua com os sintomas intermitentemente, mas cerca de 30% tornam-se de maneira espontânea assintomáticos. É necessário que o médico mantenha o paciente sempre ajustado a sua doença para assim manter uma boa qualidade de vida e um bom estado funcional do seu organismo. Exames médicos devem ser periódicos porque sempre existe a possibilidade de associação com doenças de etiologia orgânica. A expectativa de vida dos pacientes com SII é semelhante ao da população em geral (TALLEY, 2002; TALLEY, 2005).

3. MATERIAL E MÉTODO

Esta presente pesquisa realizou entrevistas com 1197 habitantes da macrorregião de Belém, PA.

Todos os pacientes da presente pesquisa foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade do Estado do Pará e autorizado pelos pacientes ou responsáveis dos mesmos estudados, por meio de um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE C).

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caráter clínico, delineamento epidemiológico, prospectivo, longitudinal, observacional, cujo perfil é populacional, aplicado nos sujeitos da população geral, de estatística descritivo-comparativa, que não submete os sujeitos à dor ou desconforto, não havendo coleta de material biológico e multicêntrico local.

Critérios de inclusão para o grupo estudo:

- Os entrevistados deveriam ser moradores do bairro analisado há pelo menos um ano;
- Os entrevistados deveriam estar de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido, assinando o documento para comprovação do fato;
- Os entrevistados menores de 18 anos deveriam ter o consentimento de seus responsáveis legais, que deveriam assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de inclusão para o grupo controle:

- Os entrevistados do grupo controle não poderiam ser incluídos nos critérios para a SII;
- Os entrevistados do grupo controle deveriam ter as mesmas características do grupo doente, achado a partir do grupo estudo, quanto ao sexo e à idade.

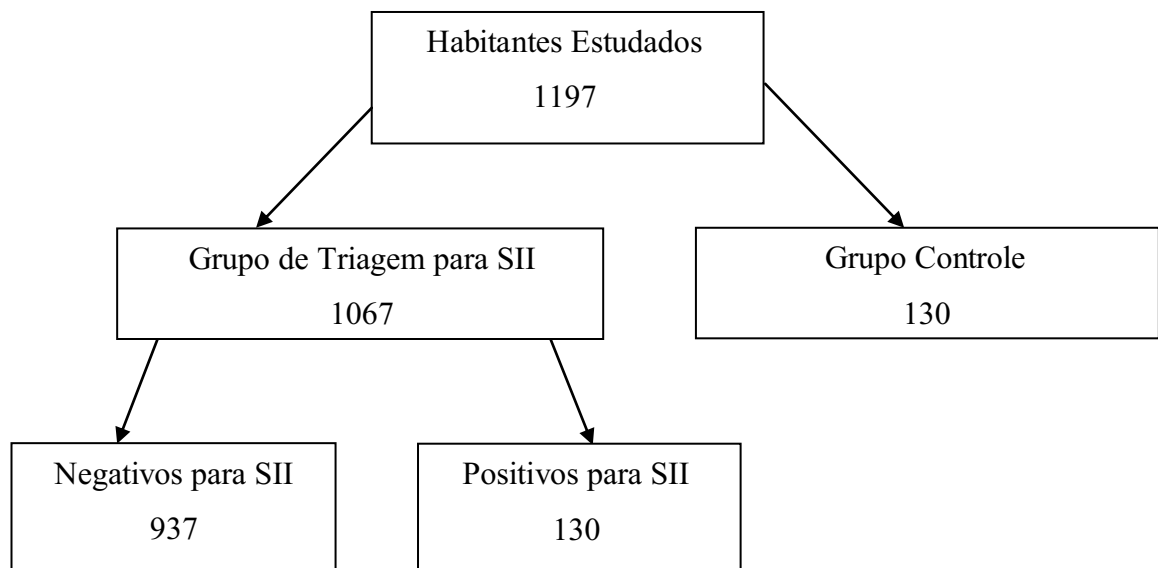
Critérios de exclusão para o grupo estudo:

- Os entrevistados que não fossem moradores do bairro analisado há pelo menos um ano;
- Os entrevistados que não estiverem de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Os moradores que habitarem em zonas rurais da região estudada.

Critérios de exclusão para o grupo controle:

- Os entrevistados do grupo controle que se incluam nos critérios para a SII;
- Os entrevistados do grupo controle que não apresentassem as mesmas características do grupo doente quanto ao sexo e à idade.

Foram selecionados 1067 habitantes sem restrições com relação à idade e ao sexo para a triagem da SII. A partir da prevalência encontrada de entrevistados com a SII (130 pacientes) foi gerado um grupo controle (n=130) com características idênticas ao grupo doente com relação à idade e ao sexo, porém sem queixas compatíveis com a SII. Tais habitantes foram entrevistados no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



ORGANOGRAMA 1 – Amostra estudada.

A modalidade de pesquisa adotada envolve a técnica de “*survey*” que consiste na aplicação, por entrevistadores, de formulários estruturados e padronizados a uma casuística representativa do universo de investigação ou seja a macrorregião de Belém. O tamanho total da casuística foi calculado em 1067, mediante a fórmula seguinte:

$$N = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2}$$

Onde (Z) representa a abscissa da curva normal de Gauss padronizada; (e) o erro máximo de amostragem permitido; p=q, probabilidade de sucesso/insucesso na população (valor desconhecido), usado na prática o produto 0,5 x 0,5 = 0,25. A população de Belém foi considerada como infinita por conter mais de 100.000 habitantes.

Tomando por base a população total de Belém (1.273.225 habitantes) e a população de cada bairro, foi calculado um fator (encontrado a partir da divisão da população total de cada bairro pela população total de Belém, utilizando-se para isto o Microsoft Excel, versão 2003) (APÊNDICE D). Posteriormente, foi multiplicado o fator de cada bairro pelo número total de entrevistas (N=1067) a serem realizadas na macrorregião de Belém, obtendo assim a quantidade de entrevistas necessárias em cada bairro (APÊNDICE E). Para obtenção dos dados referentes à população total e à população por bairros, foi consultado o Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (ANEXO A).

Por meio de um questionário A (APÊNDICE A), foi realizada a triagem diagnóstica dos pacientes com SII, baseado nos Critérios de Roma III. Posteriormente, para aqueles que se enquadraram na síndrome, foi utilizado um questionário B (APÊNDICE B), que qualificou cada paciente portador da síndrome.

Os pacientes que possuem a SII foram então distribuídos, segundo os critérios de Roma III, em quatro grupos de acordo com a característica da defecação em: constipados, diarréicos, de sintomatologia mista e não classificados (indefinido).

O questionário A (APÊNDICE A) buscou dados sobre a identificação do paciente (iniciais do nome, sexo e idade), fez perguntas referentes ao diagnóstico sintomático da SII,

característica das fezes, opinião do paciente quanto a sintomas como prisão de ventre, diarreia ou ter uma alteração do hábito intestinal e a característica da defecação.

O questionário B (APÊNDICE B) buscou dados como estado civil, número de filhos, número de moradores na residência do paciente, nível de escolaridade, profissão, religião, renda mensal, condição de saúde, prática de atividade física, outras sintomatologias que dizem respeito à SII (distensão abdominal, empachamento, dor abdominal), mudanças nos hábitos alimentares e hábitos de vida, a relação com sintomas secundários à síndrome (sintomas dispépticos, diminuição do apetite, presença de regurgitação, sintomas extra-digestivos, onde se enquadram sintomas do sistema cardio-respiratório, sistema nervoso e de cunho psiquiátrico), terapêutica que o paciente já utilizou, alimentação que melhora ou que piora o quadro, solicitação de licença do trabalho e a busca de uma relação da síndrome com reações alérgicas, ciclo menstrual ou situações de estresse.

Os questionários estruturados e padronizados foram aplicados tomando como ponto de partida os postos de saúde de cada bairro, entrevistando moradores de áreas próximas desses postos. Caso o bairro pesquisado não possua posto de saúde ou este não esteja funcionando no período da pesquisa, os pesquisadores realizaram um sorteio aleatório entre as ruas do devido bairro até que se complete o número de entrevistas pré-determinado para o bairro.

De acordo com a natureza das variáveis, foi aplicada análise estatística qualitativa, tendo sido aplicado o teste do Qui-Quadrado de Independência tendo como parâmetros as proporções de sintomáticos e controles. Quando alguma variável apresentou diferença significativa em relação ao grupo controle foi aplicado o teste do Qui-Quadrado de Aderência, somente no grupo SII, para determinar se alguma característica dos sintomáticos apresentava distribuição significativamente diferente da distribuição geral no grupo SII. Nos procedimentos de estatística inferencial foi utilizado o nível de rejeição da hipótese de nulidade $\alpha = 0.05$, sendo assinalado com um asterisco (*) os valores significantes. Todo o processamento estatístico foi realizado sob o suporte computacional do pacote BioEstat versão 5.0.

Foi também aplicada análise estatística descritiva dos dados obtidos, informando os resultados em valores absolutos.

4. RESULTADOS

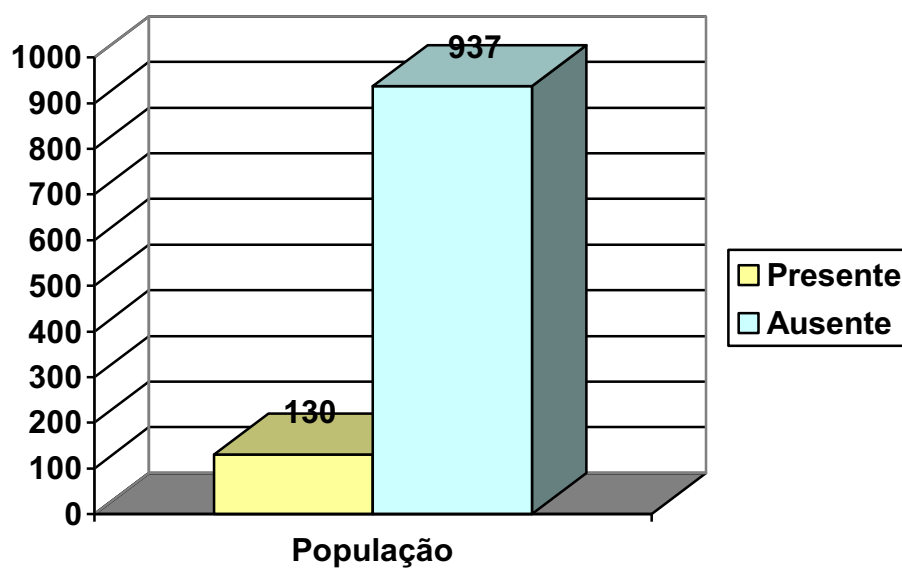
TABELA 1 – Presença ou ausência da síndrome do intestino irritável na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Presença ou ausência da síndrome do intestino irritável		
	População*	%
Presente	130	12,18
Ausente	937	87,82
Total	1067	100

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

$p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 1 – Presença ou ausência da síndrome do intestino irritável na população da macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

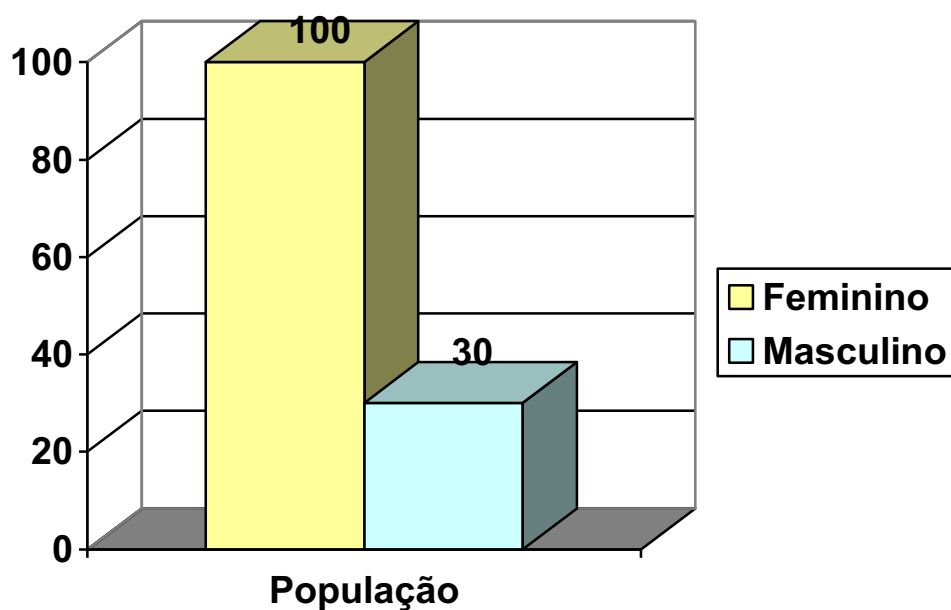
TABELA 2 – Distribuição por sexo da população portadora da SII na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Distribuição por sexo da população com SII#		
Sexo	População*	%
Feminino	100	76
Masculino	30	24
Total	130	100

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

$p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 2 – Distribuição por sexo da população portadora da SII na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

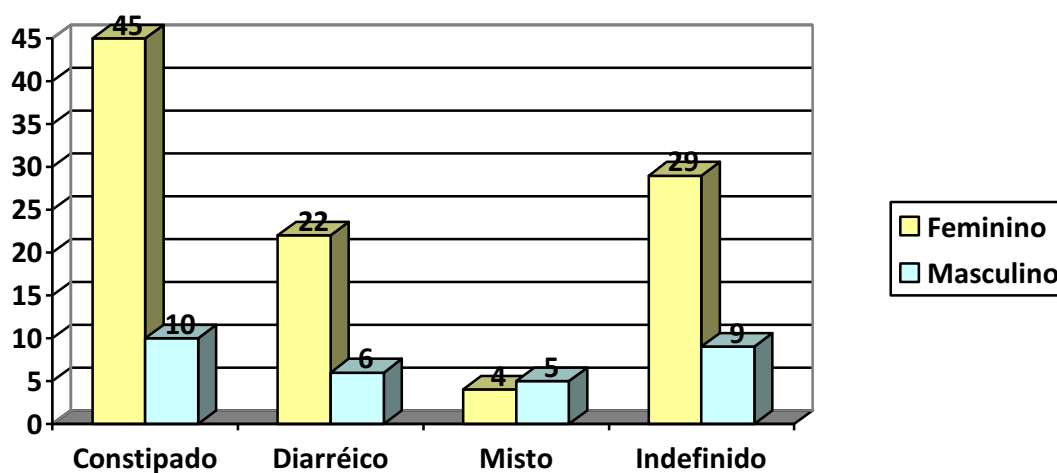
TABELA 3 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Distribuição sexo x classe defecatória					
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#
Feminino	45	22	4	29	100
Masculino	10	6	5	9	30
Total	55	28	9	38	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

p > 0,05 (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 3 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

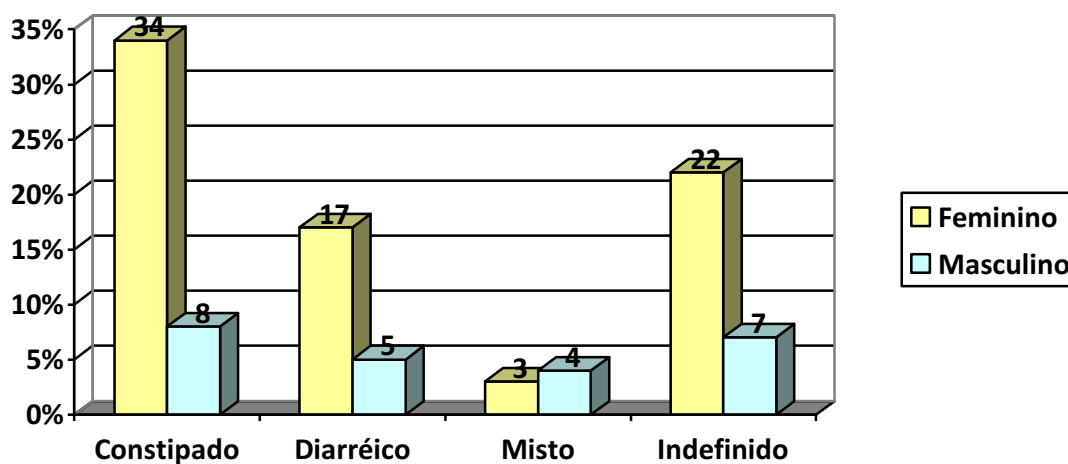
TABELA 4 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 em valores percentuais.

Distribuição sexo x classe defecatória (%)					
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#
Feminino	34	17	3	22	76
Masculino	8	5	4	7	24
Total	42	22	7	29	100

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

$p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 4 – Distribuição da população portadora da SII, relacionando sexo e classe defecatória, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008 em valores percentuais.

TABELA 5 – Presença ou ausência de distensão abdominal na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

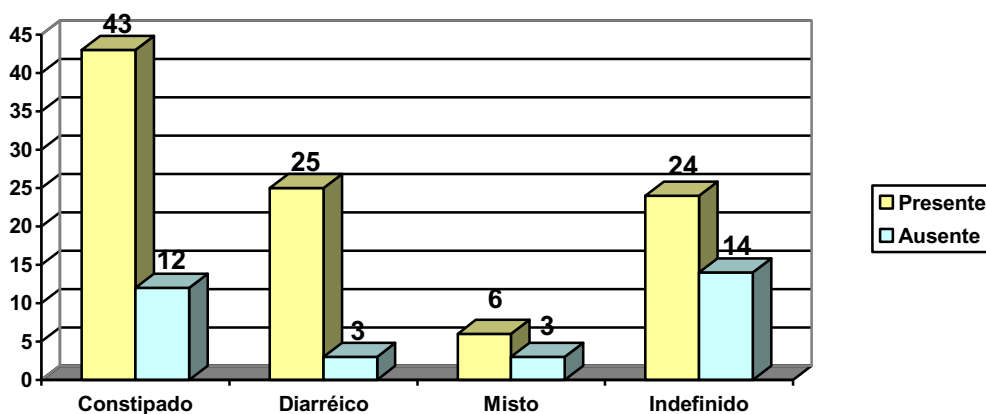
Presença ou ausência de distensão abdominal						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	43	25	6	24	98	36
Ausente	12	3	3	14	32	94
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

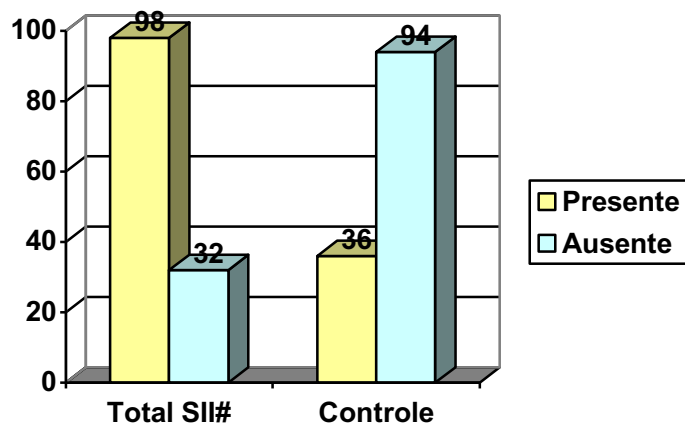
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 5 – Presença ou ausência de distensão abdominal na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 6 – Presença ou ausência de distensão abdominal na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 6 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 hora por dia na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

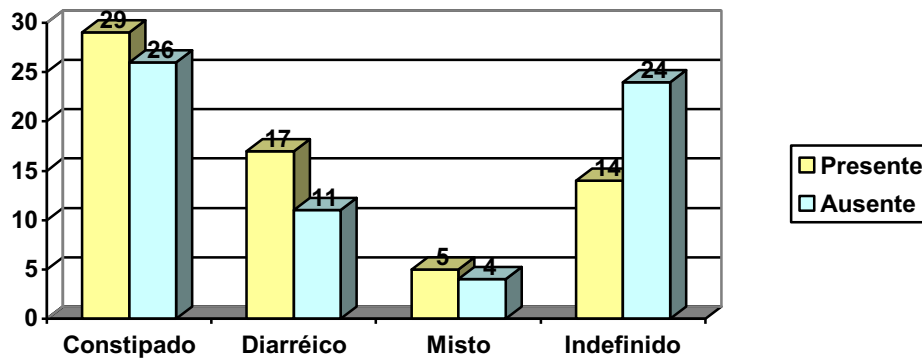
Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 h por dia						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	29	17	5	14	65	11
Ausente	26	11	4	24	65	119
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

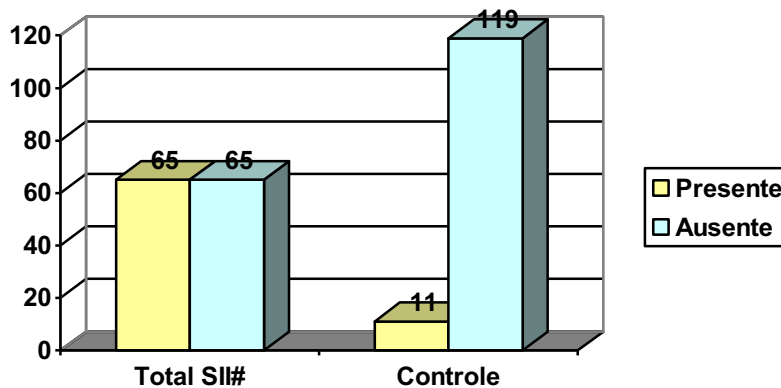
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 7 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 hora por dia na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 8 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 1 hora por dia na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 7 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

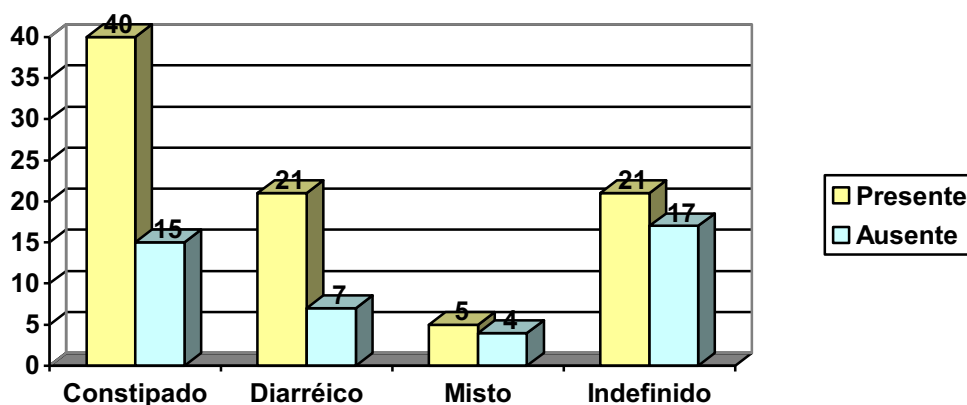
Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	40	21	5	21	87	14
Ausente	15	7	4	17	43	116
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

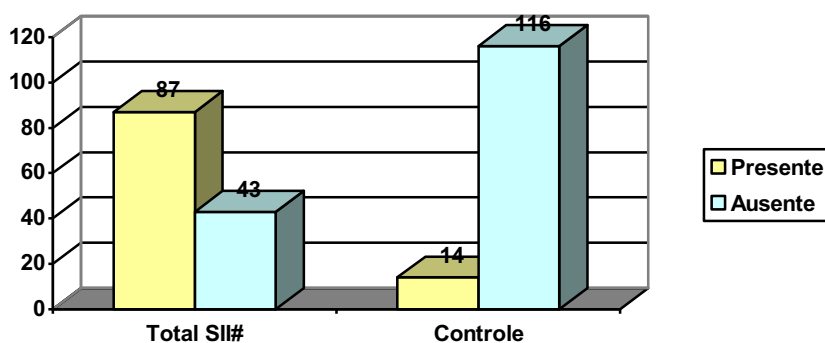
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 9 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 10 – Presença ou ausência de dor abdominal ≥ 2 dias por semana na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 8 – Presença ou ausência de azia ou queimação na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

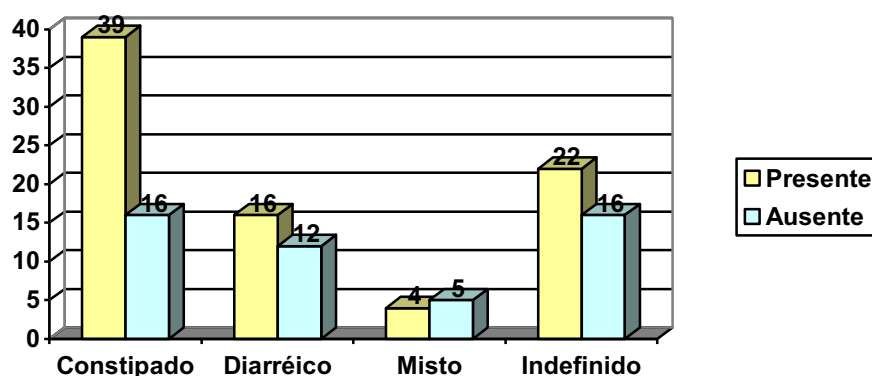
Presença ou ausência de azia ou queimação						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	39	16	4	22	81	52
Ausente	16	12	5	16	49	78
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

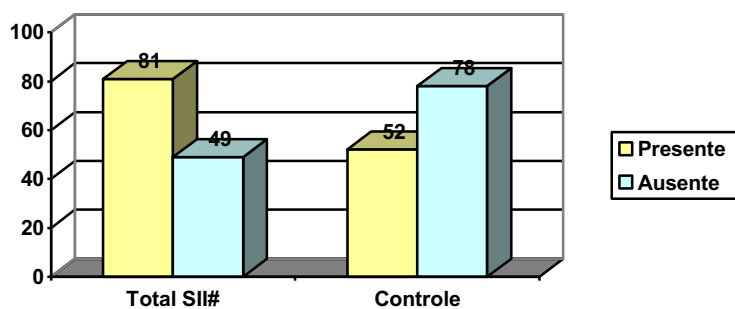
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 11 – Presença ou ausência de azia ou queimação na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 12 – Presença ou ausência de azia ou queimação na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 9 – Presença ou ausência de empachamento na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

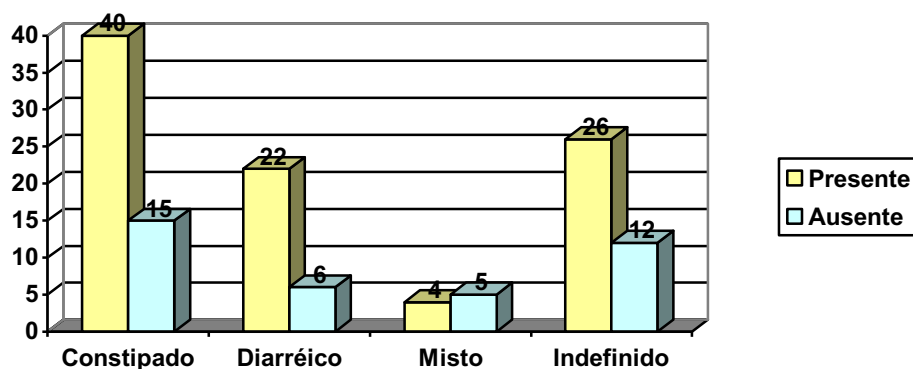
Presença ou ausência de empachamento						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	40	22	4	26	92	42
Ausente	15	6	5	12	38	88
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

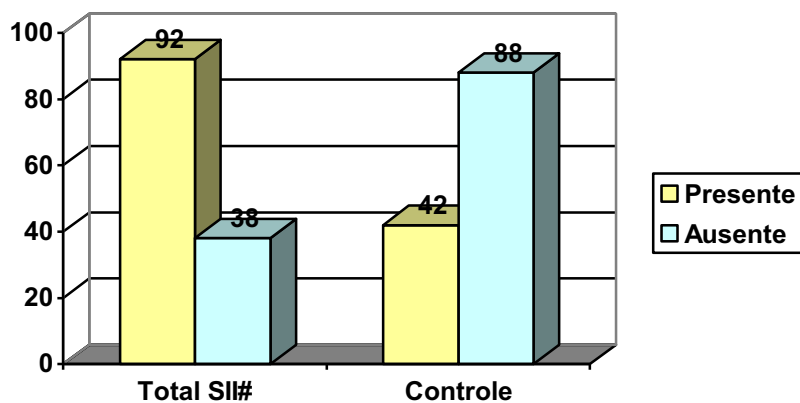
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 13 – Presença ou ausência de empachamento na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 14 – Presença ou ausência de empachamento na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 10 - Presença ou ausência de má digestão na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

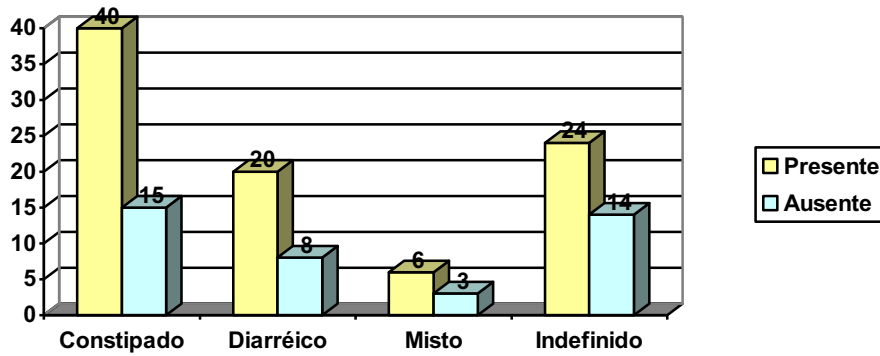
Presença ou ausência de má digestão						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	40	20	6	24	90	44
Ausente	15	8	3	14	40	86
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável

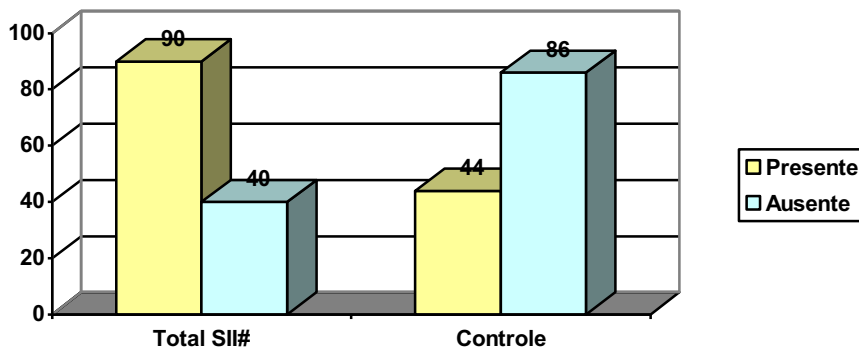
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 15 – Presença ou ausência de má digestão na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 16 – Presença ou ausência de má digestão na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 11 - Presença ou ausência de regurgitação na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

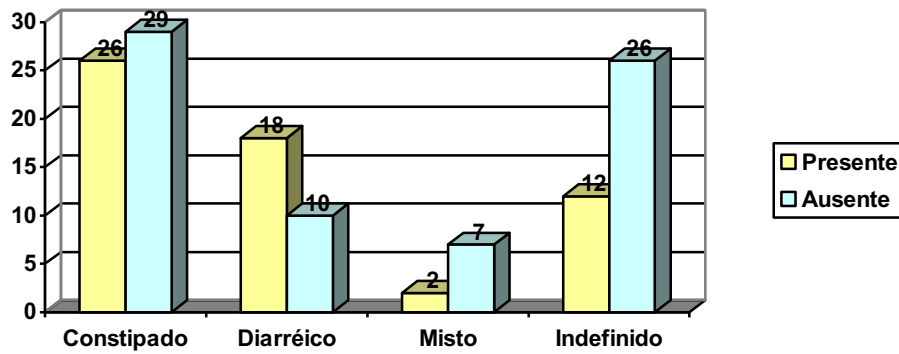
Presença ou ausência de regurgitação						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	26	18	2	12	58	20
Ausente	29	10	7	26	72	110
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

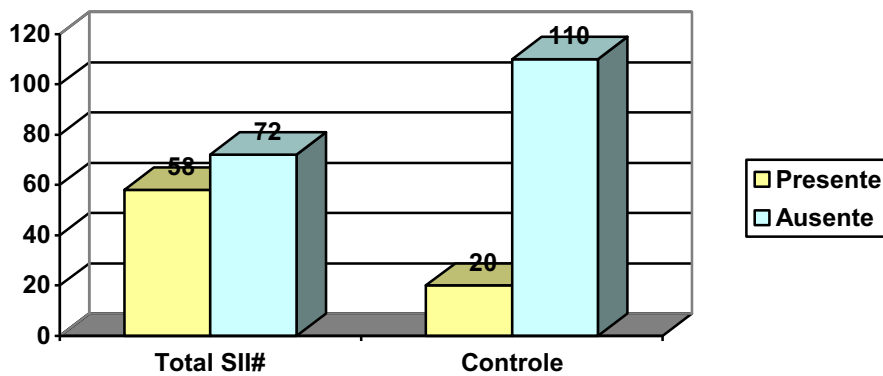
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 17 – Presença ou ausência de regurgitação na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 18 – Presença ou ausência de regurgitação na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 12 – Presença ou ausência de sensação de boca amarga na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

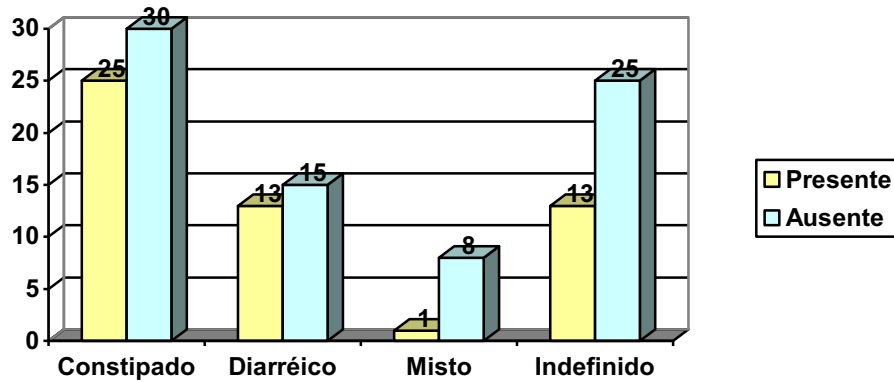
Presença ou Ausência de sensação de boca amarga						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	25	13	1	13	52	27
Ausente	30	15	8	25	78	103
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

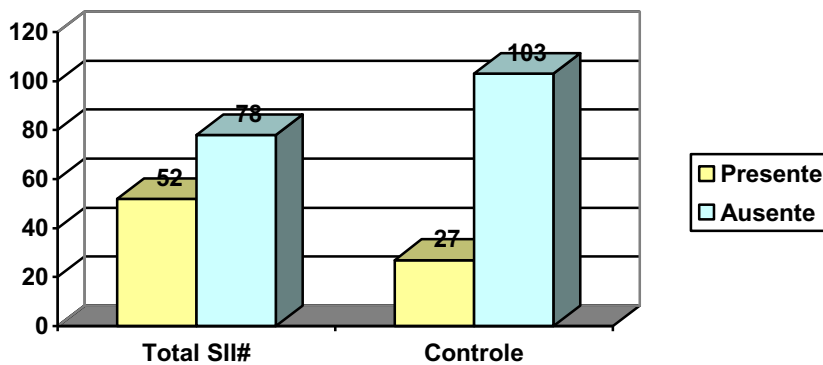
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 19 – Presença ou ausência de sensação de boca amarga na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 20 – Presença ou ausência de sensação de boca amarga na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 13 – Presença ou ausência de diminuição do apetite na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

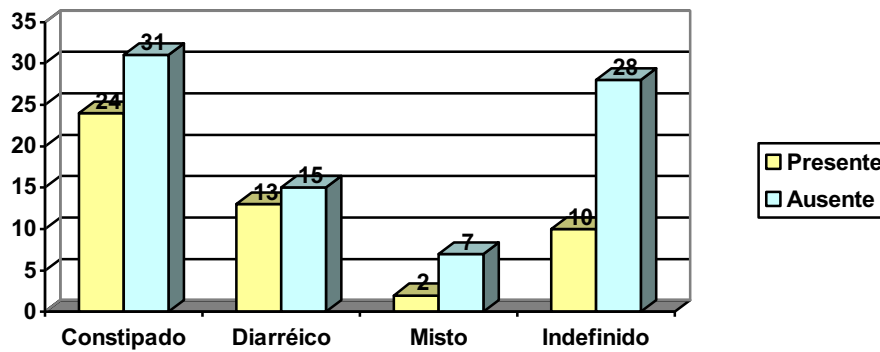
Presença ou ausência de diminuição do apetite						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	24	13	2	10	49	26
Ausente	31	15	7	28	81	104
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

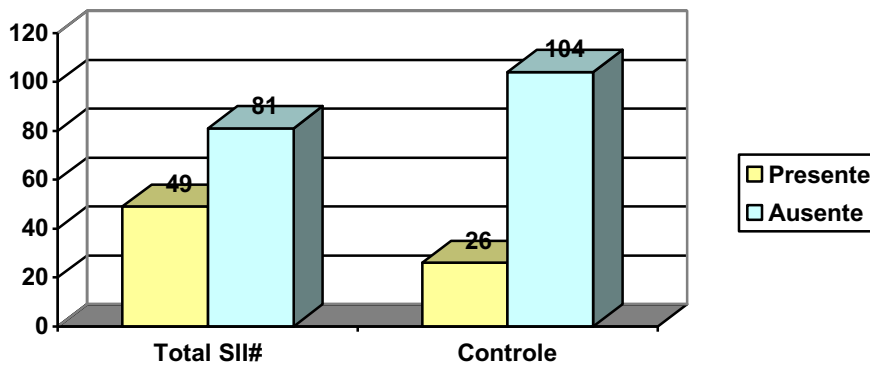
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 21 – Presença ou ausência de diminuição do apetite na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 22 – Presença ou ausência de diminuição do apetite na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 14 – Presença ou ausência de arritmias na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

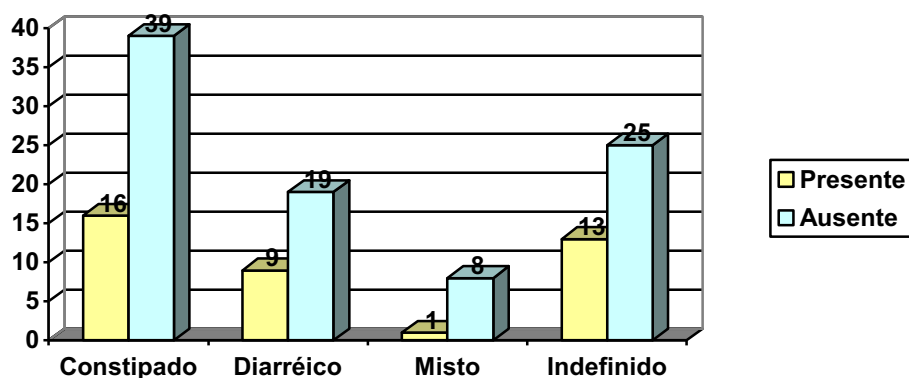
Presença ou ausência de arritmias						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	16	9	1	13	39	20
Ausente	39	19	8	25	91	110
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

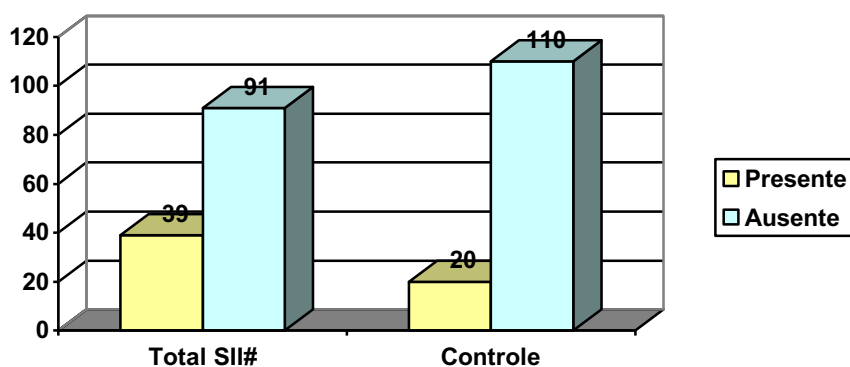
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 23 – Presença ou ausência de arritmias na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 24 – Presença ou ausência de arritmias na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 15 – Presença ou ausência de dor precordial na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

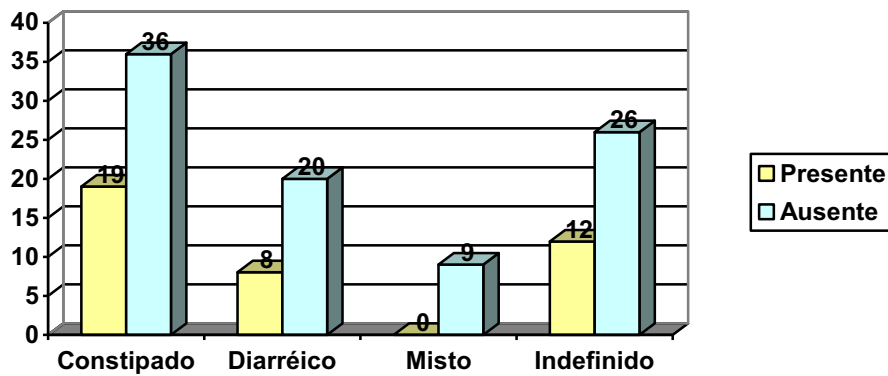
Presença ou ausência de dor precordial						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	19	8	0	12	39	13
Ausente	36	20	9	26	91	117
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

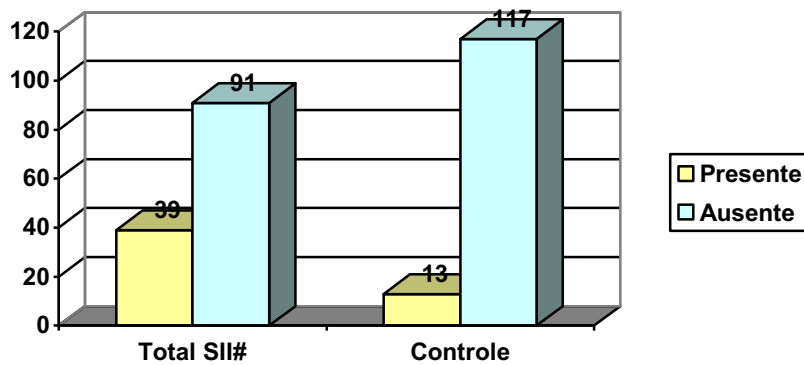
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 25 – Presença ou ausência de dor precordial na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 26 – Presença ou ausência de dor precordial na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 16 – Presença ou ausência de asma brônquica na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

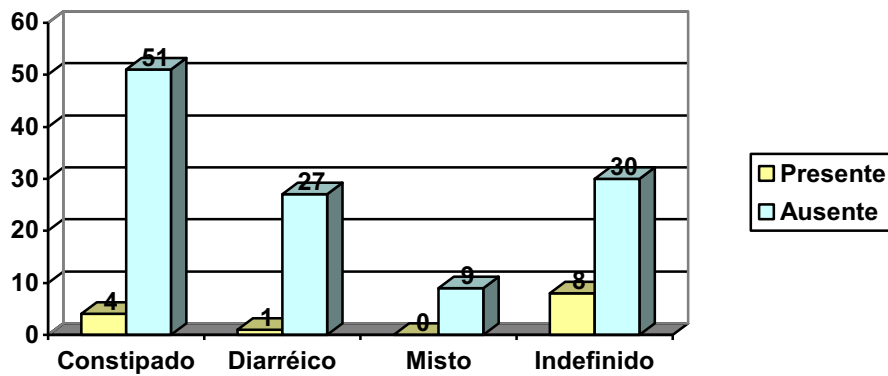
Presença ou ausência de asma brônquica						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	4	1	0	8	13	4
Ausente	51	27	9	30	117	126
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

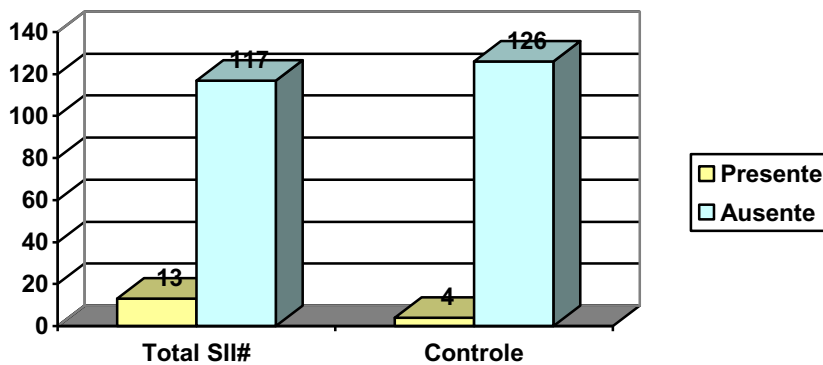
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 27 – Presença ou ausência de asma brônquica na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 28 – Presença ou ausência de asma brônquica na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 17 – Presença ou ausência de cansaço com freqüência na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

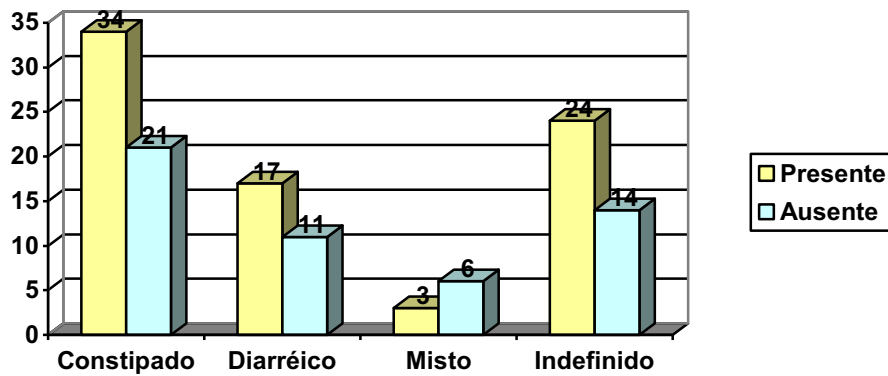
Presença ou ausência de cansaço com freqüência						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	34	17	3	24	78	47
Ausente	21	11	6	14	52	83
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

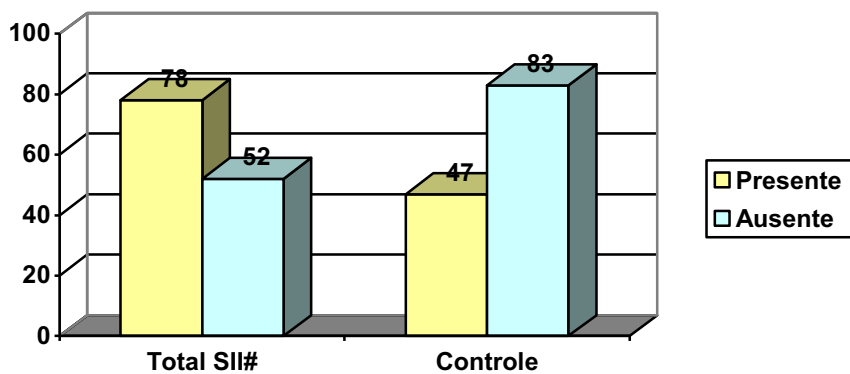
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 29 – Presença ou ausência de cansaço com frequência na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 30 – Presença ou ausência de cansaço com frequência na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 18 – Presença ou ausência de cefaléia na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

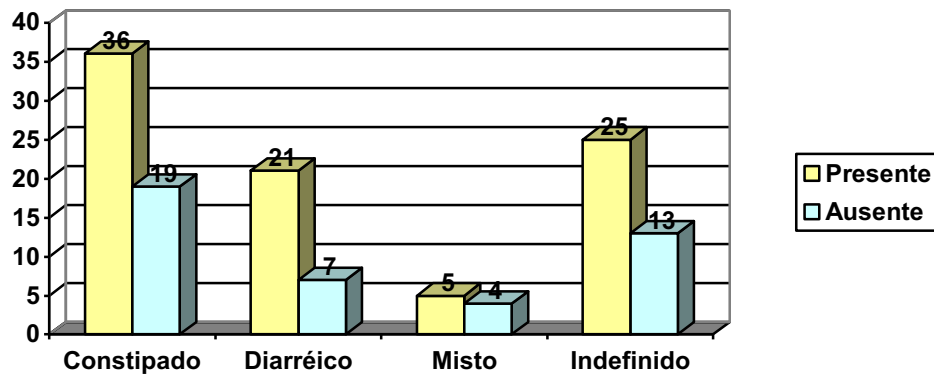
Presença ou ausência de cefaléia						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	36	21	5	25	87	66
Ausente	19	7	4	13	43	64
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

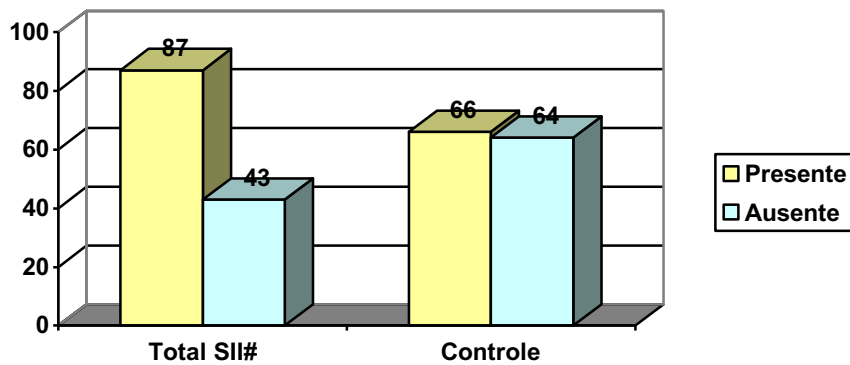
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 31 – Presença ou ausência de cefaléia na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 32 – Presença ou ausência de cefaléia na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 19 – Presença ou ausência de dores nas costas na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

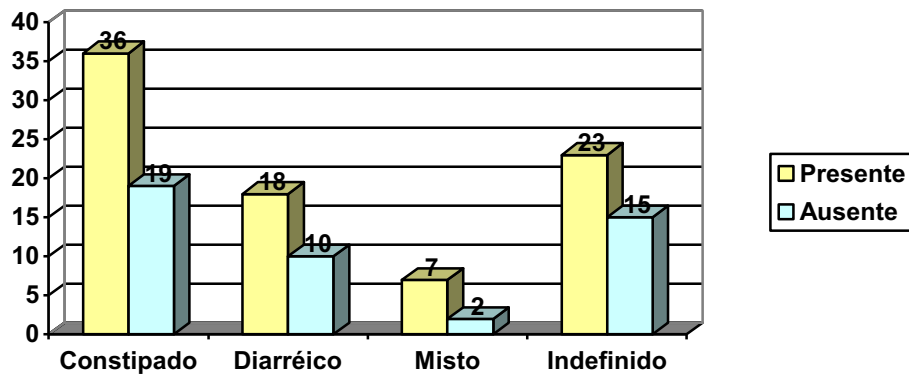
Presença ou ausência de dores nas costas						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	36	18	7	23	84	67
Ausente	19	10	2	15	46	63
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

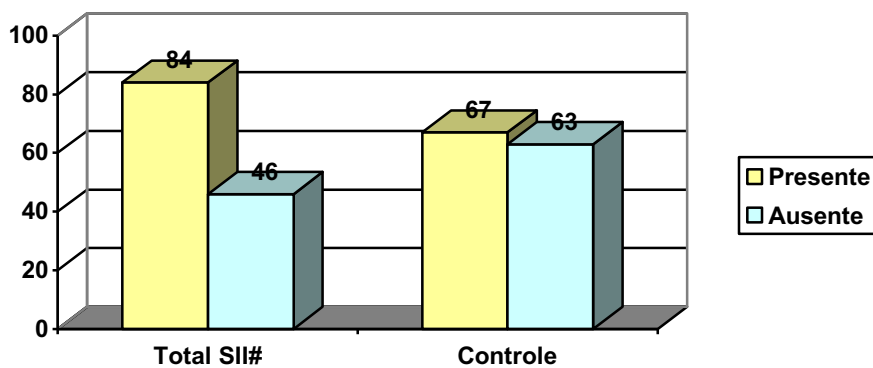
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 33 – Presença ou ausência de dores nas costas na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 34 – Presença ou ausência de dores nas costas na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 20 – Presença ou ausência de dificuldade para urinar na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

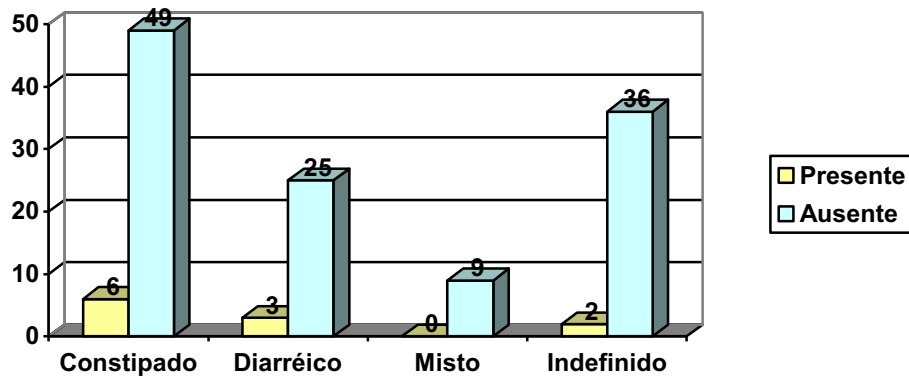
Presença ou ausência de dificuldade para urinar						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle
Presente	6	3	0	2	11	7
Ausente	49	25	9	36	119	123
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

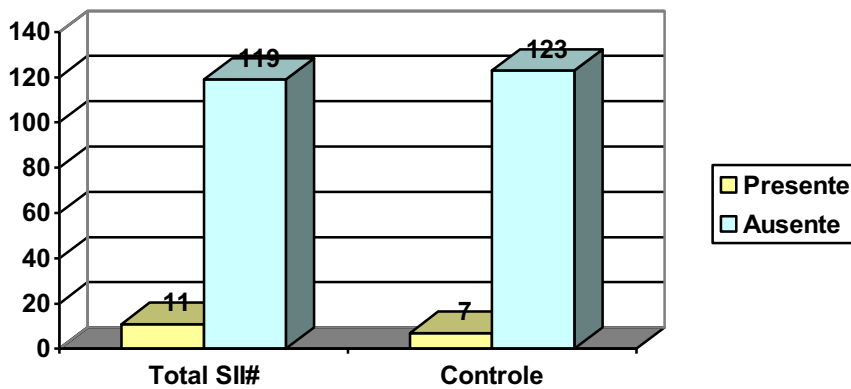
Total SII x Controle $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 35 – Presença ou ausência de dificuldade para urinar na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 36 – Presença ou ausência de dificuldade para urinar na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 21 – Presença ou ausência de engasgos noturnos na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

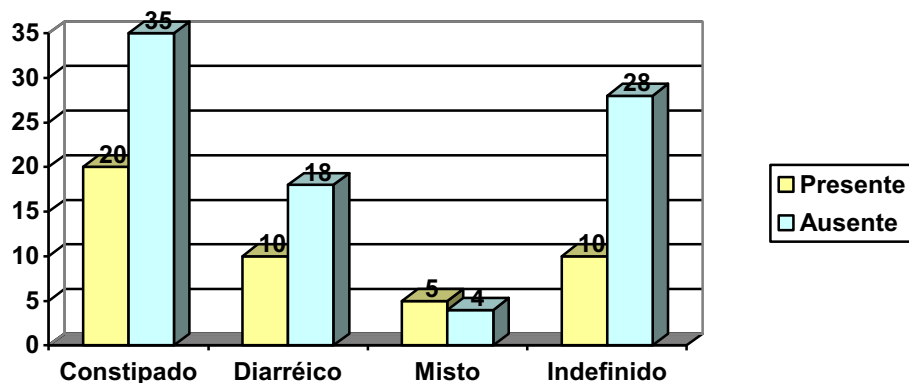
Presença ou ausência de engasgos noturnos						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	20	10	5	10	45	7
Ausente	35	18	4	28	85	123
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

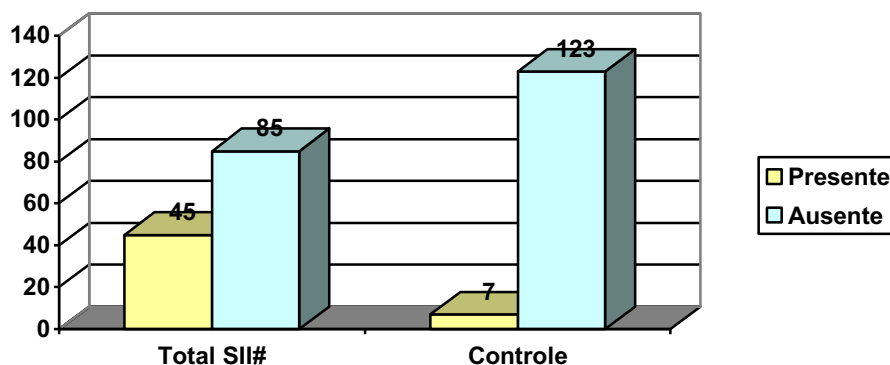
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 37 – Presença ou ausência de engasgos noturnos na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 38 – Presença ou ausência de engasgos noturnos na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 22 – Presença ou ausência de faringite na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

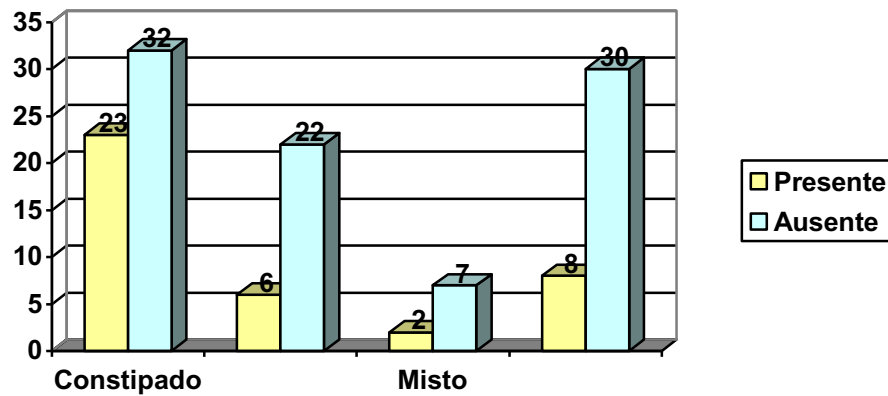
Presença ou ausência de episódios freqüentes de faringite						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	23	6	2	8	39	20
Ausente	32	22	7	30	91	110
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

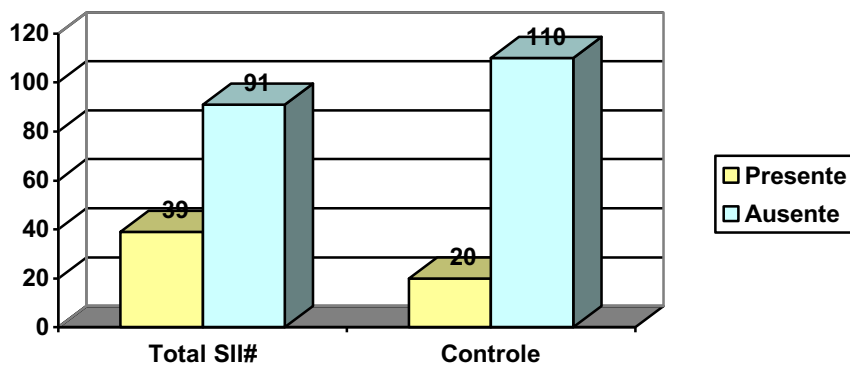
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 39 – Presença ou ausência de faringite na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 40 – Presença ou ausência de faringite na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 23 – Presença ou ausência de rouquidão na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

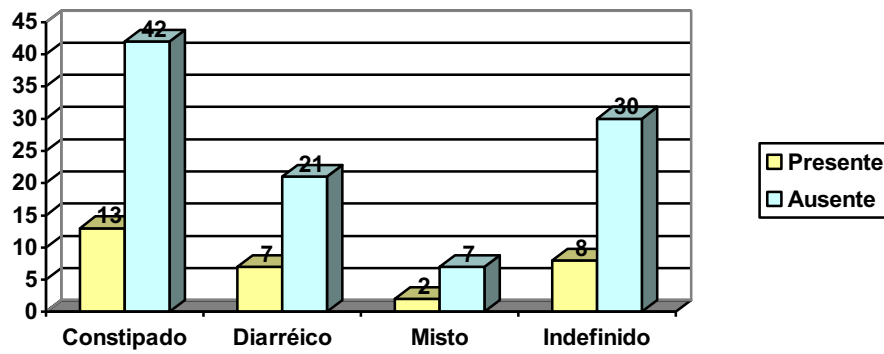
Presença ou ausência de rouquidão						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	13	7	2	8	30	14
Ausente	42	21	7	30	100	116
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

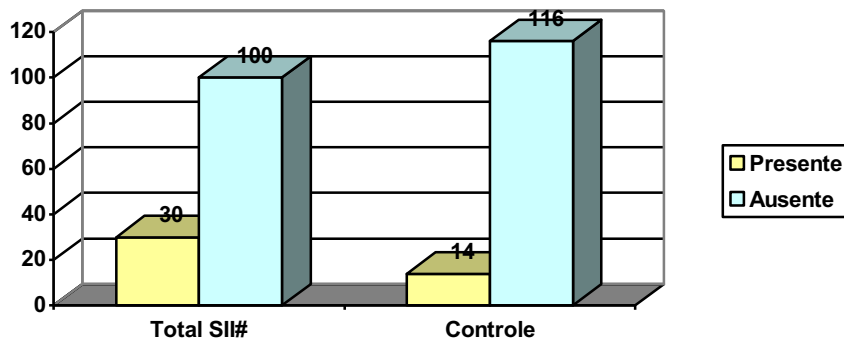
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 41 – Presença ou ausência de rouquidão na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 42 – Presença ou ausência de rouquidão na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 24 – Presença ou ausência de torcicolo na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

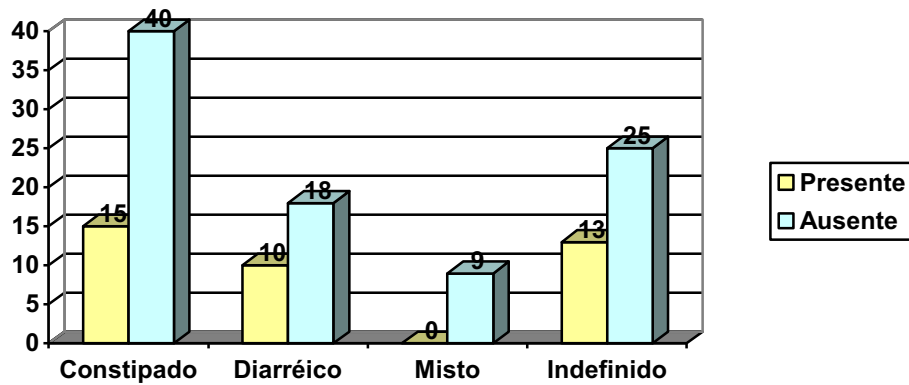
Presença ou ausência de torcicolo						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	15	10	0	13	38	22
Ausente	40	18	9	25	92	108
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

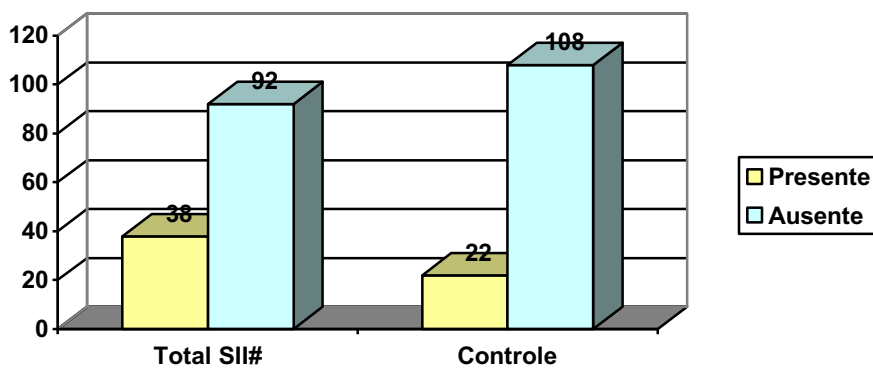
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 43 – Presença ou ausência de torcicolo na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 44 – Presença ou ausência de torcicolo na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 25 – Presença ou ausência de ansiedade na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

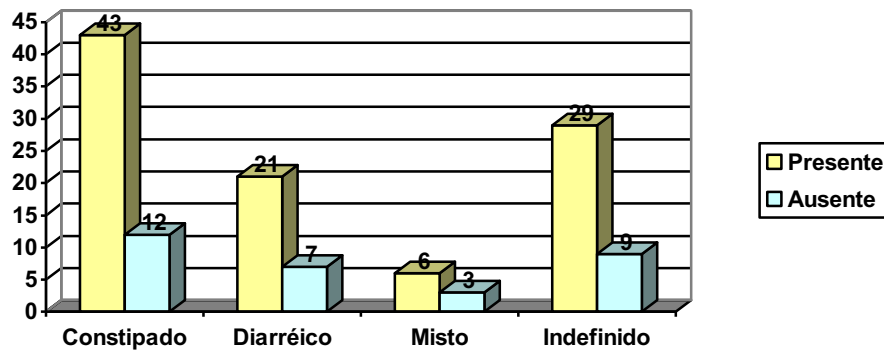
Presença ou ausência de ansiedade						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle*
Presente	43	21	6	29	99	60
Ausente	12	7	3	9	31	70
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

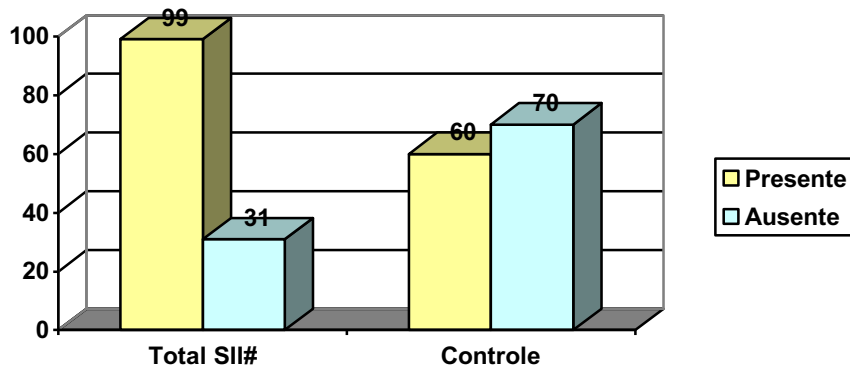
Total SII x Controle $p < 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 45 – Presença ou ausência de ansiedade na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 46 – Presença ou ausência de ansiedade na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

TABELA 26 – Presença ou ausência de depressão na população estudada na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

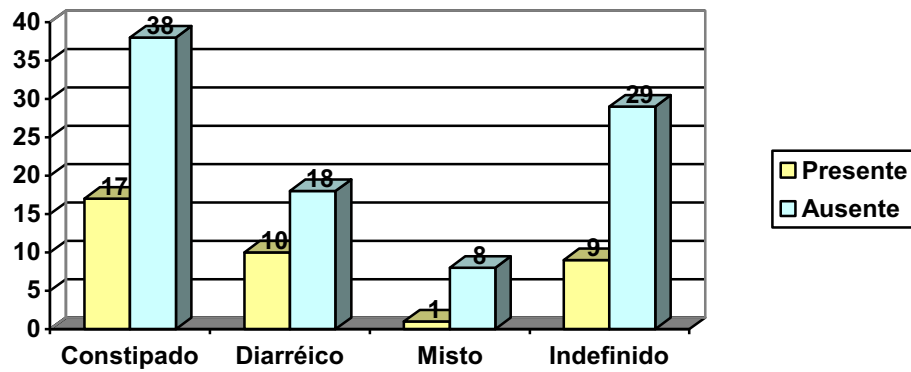
Presença ou ausência de depressão						
	Constipado	Diarréico	Misto	Indefinido	Total SII#	Controle
Presente	17	10	1	9	37	23
Ausente	38	18	8	29	93	107
Total	55	28	9	38	130	130

Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

Síndrome do Intestino Irritável.

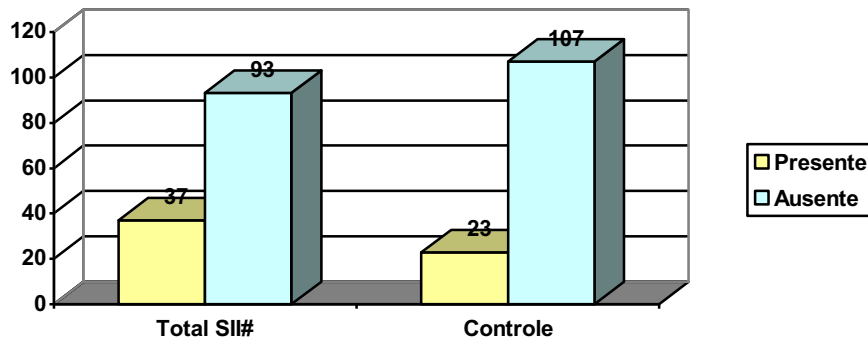
Total SII x Controle $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)

Entre subtipos $p > 0,05$ (Teste do Qui-Quadrado)



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 47 – Presença ou ausência de depressão na população portadora da SII, dividida por grupos, na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.



Fonte: Protocolos de pesquisa do trabalho.

GRÁFICO 48 – Presença ou ausência de depressão na população portadora da SII e no grupo controle na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Síndrome do Intestino Irritável

5. DISCUSSÃO

Cerca de 50% dos pacientes que procuram atendimento gastroenterológico sofrem de problemas funcionais. Dentre estes, a síndrome do intestino irritável (SII) é o mais freqüente (DE SCHRYVER et al., 2000; TALLEY, 2005; THOMPSON et al., 1999).

Diversos estudos ao redor do mundo buscaram traçar um perfil epidemiológico relacionado à SII. Entretanto, ainda há uma carência na literatura mundial acerca deste tema, principalmente em relação aos países da América Latina.

Devido à grande discrepância em diferentes trabalhos e regiões do país e ausência de dados na região amazônica, principalmente na macrorregião de Belém - PA, o presente trabalho buscou pesquisar a prevalência desta patologia na população.

Neste estudo os autores observaram uma prevalência de 12,18% (TABELA 1), enquanto que nas outras pesquisas foi observada uma variação de 3 a 22% desta mesma variável. Assim verificou-se que a prevalência variou em diversos estudos populacionais.

Acredita-se que isto se deva ao fato de que não existe um marcador biológico objetivo relacionado ao diagnóstico da síndrome e a falta de uniformidade dos critérios de inclusão (Manning, Roma I, Drossman, Roma II) empregados também colabora para esta discrepância. Os pesquisadores sugerem, portanto, que se utilizem critérios diagnósticos padronizados, como Roma III, para a identificação dos doentes e que se façam pesquisas científicas na busca de um marcador biológico específico.

Quanto à distribuição por sexo dos indivíduos portadores de SII foi vista uma maior prevalência no sexo feminino em detrimento do sexo masculino, com uma taxa de aproximadamente 3:1 (TABELA 2).

Corroborando com esses dados, Saito et al. (2002) encontrou prevalência do sexo feminino com taxa de 2:1, e Valenzuela et al. (2004) também mostrou dados similares.

Provavelmente essa diferença encontrada entre os sexos se deve a um componente fisiológico encontrado nas mulheres que modificam as características do tempo de trânsito

intestinal, sensibilidade visceral, processamento da dor pelo sistema nervoso central e, especificamente, ação de hormônios femininos como progesterona e estrógeno nas funções do intestino. Sabe-se ainda que fatores psicossomáticos estão envolvidos na gênese da SII, podendo este ser um fator agravante, tendo em vista a maior labilidade emocional por parte das mulheres, alterando a função intestinal e a percepção de dor visceral. Pesquisas futuras poderiam ser desenvolvidas no campo genético-comportamental na tentativa de elucidar tal questão.

Na abordagem da distribuição dos sexos pelas classes defecatórias da SII (TABELAS 3 e 4) houve concordância com a literatura ao mostrar que há uma predominância de mulheres com SII do tipo constipante, entretanto este dado na presente pesquisa não apresentou significância estatística.

Pesquisas futuras devem buscar uma amostra de doentes maior que a utilizada neste estudo, logo este é um fator importante para determinação da significância estatística.

Distensão abdominal é uma queixa bastante freqüente nos portadores de SII. O presente estudo encontrou uma prevalência significativa deste sintoma na amostra pesquisada (TABELA 5).

Em concordância com tais dados, Si et al. (2004) encontrou uma alta prevalência de distensão abdominal na amostra estudada usando o critério de Roma II, assim como Zuckerman et al., usando Roma I.

Essa observação pode ser justificada pelo fato de que alguns carboidratos, por insuficiência enzimática específica, chegam ao cólon não digeridos, levando à sua decomposição bacteriana, o que gera subprodutos gasosos. Apenas este fator não seria o único responsável pela distensão abdominal nos pacientes com a síndrome. Outra causa a ser mencionada é o fato de que os portadores de SII teriam anormalidades na propulsão de gases por meio do intestino, além de estarem submetidos à hipervigilância social relacionada à eliminação de flatos, fazendo com que os mesmos permaneçam por mais tempo nas alças intestinais, promovendo a sua distensão.

A dor abdominal é sintoma essencial na SII, sendo inclusive um dos fatores diagnósticos.

Nesta pesquisa o estudo da dor foi caracterizado quanto a sua duração (≥ 1 hora por dia) e sua frequência (≥ 2 dias por semana) e se mostrou significativamente presentes nos pacientes com SII, concordando com diversos artigos publicados na literatura mundial (TABELAS 6 e 7).

Os portadores da SII apresentam um aumento da sensibilidade visceral, fato este bem demonstrado pela literatura especializada. Entretanto, a causa desta hipersensibilidade não é completamente esclarecida. O estímulo nociceptivo seria capaz de provocar uma liberação inapropriada de neuromediadores no plexo mioentérico, principalmente a serotonina, em resposta a alguma inflamação ou agressão tecidual (MIZPUTEN, 2005).

Tais neuromediadores seriam capazes de criar uma “memória da dor” nos neurônios dos sistemas intrínseco e extrínseco. Esses neurônios continuariam a liberar impulsos nervosos mesmo após a remoção do estímulo nocivo, fazendo com que as dores permaneçam por longos períodos de tempo, o que justificaria a elevada frequência com que estes indivíduos referem dor ou desconforto abdominal (MIZPUTEN, 2005).

No atual estudo, os autores observaram uma prevalência considerável de sintomas dispépticos, tais como azia, empachamento, má digestão, regurgitação e sensação de boca amarga nos indivíduos com SII em detrimento dos indivíduos do grupo controle (TABELAS 8 a 12). Tal observação é condizente com dados da literatura mundial acerca do tema, como evidenciaram Portincasa (2003), Jones e Lydeard (1992) e Si et al. (2004) em suas pesquisas.

Diversas co-morbidades gastrointestinais, tais como gastrite, doença do refluxo gastroesofágico e parasitoses intestinais apresentam alta prevalência na população geral, podendo mascarar o diagnóstico da SII ou ampliar o espectro de sinais e sintomas. Além desta, uma possível alteração na motilidade gastrointestinal nos indivíduos com SII pode estar incluída na fisiopatogênese desses sintomas. Outra teoria seria a descompensação dos neurotransmissores serotoninérgicos e colinérgicos em alguns pacientes portadores de SII.

O atual estudo constatou uma diminuição do apetite significativa nos doentes com SII quando comparados ao grupo controle (TABELA 13). Si et al. (2004) também descreveu este sintoma em portadores da SII.

Ainda não parece haver explicações para esse fato, assim poderia ser feita uma avaliação posterior para esclarecimento desta incógnita.

Foi observado com razoável freqüência que portadores da SII sobrepõem sintomas de outras disfunções orgânicas além das gastrointestinais, acometendo diversos sistemas.

No espectro cárdio-respiratório, há uma associação significativa de arritmia, dor precordial e asma brônquica aos sintomas da SII (TABELAS 14 a 16). Em suas publicações, Miszputen (2005) e Minocha et al. (2006) também demonstraram tais evidências.

Outros sintomas extra-intestinais associados à SII encontrados na atual pesquisa foram: fadiga, cefaléia e dores nas costas (TABELAS 17 a 19). Não se evidenciou significância estatística no que diz respeito aos sintomas urinários – dificuldade para urinar (TABELA 20). Jones e Lydeard (1992) relataram presença de cefaléia e sintomas urinários, e Si et al. (2004), além destes, descreveu também fadiga e dores nas costas.

Além dos sintomas supracitados, constatou-se ainda a presença de torcicolo, engasgos noturnos e episódios freqüentes de rouquidão e faringite (TABELAS 21 a 24).

Para explicar tal variedade de sinais e sintomas, duas hipóteses foram aventadas, dividindo os pacientes portadores de SII em dois subgrupos: os que apresentam vasta gama de sintomas somáticos e os que apresentam poucos ou quase nenhum sintoma somático. Os do primeiro grupo teriam como etiologia da síndrome uma origem predominantemente psicogênica, explicado pelo fato de que cerca de metade dos pacientes não possuem marcadores biológicos do intestino, ou seja, distúrbio motor e hipersensibilidade visceral. Já os do grupo que apresentam poucos sintomas somáticos teriam como etiologia uma possível origem biológica (MIZPUTEN, 2005).

Nos consultórios médicos de gastroenterologia se observa com grande freqüência a associação de SII com doença do refluxo gastroesofágico, pois possivelmente os mediadores

químicos são os mesmos. Pesquisas futuras podem tentar estabelecer melhor esta correlação e busquem esses mediadores químicos comuns.

Com relação aos sintomas urinários (TABELA 20), a discordância com a literatura pode se dar ao fato de que a essa pesquisa não realizou uma caracterização clínica mais apurada desse tipo de sintoma, sendo ainda necessária a realização de exames complementares.

Dessa forma, a grande diversidade de sistemas (gastrointestinal, cardíaco, respiratório, urinário) acometidos em associação com a síndrome pode ser justificada.

Os sintomas psicossociais estão intimamente relacionados com a SII. Diversos pesquisadores têm relatado em seus trabalhos sintomas como ansiedade e depressão.

Neste estudo a queixa de ansiedade foi altamente prevalente entre os portadores da síndrome, sendo que o mesmo não foi verificado quanto à depressão (TABELAS 25 e 26).

Leahy e Epstein (2001), Portincasa (2003) e North, Hong e Alpers (2007) corroboraram com tais achados no que diz respeito à ansiedade, mas discordaram da pesquisa quando o item avaliado foi depressão.

Varias pesquisas demonstram que fatores emocionais, como a ansiedade, não são aceitos como causa dos sintomas intestinais, mas certamente afetam a magnitude destes, trazendo uma maior procura aos serviços de assistência à saúde por parte dos doentes e gerando uma condição negativa para a qualidade de vida.

Em algumas situações, a presença dos variados sintomas, tanto intestinais quanto extra-intestinais, podem desencadear ansiedade, gerando um ciclo vicioso, refletindo em um aumento da motilidade intestinal e da sensibilidade visceral, levando à diminuição do limiar à dor.

No que diz respeito à depressão, este estudo pode ter discordado dos demais autores por empregar um questionário pouco sensível para a detecção de tal queixa, visto que se utilizava de perguntas diretas, sem o aprofundamento necessário para investigação

diagnóstica. Outro fator a ser mencionado foi o ambiente onde foram realizadas as entrevistas, os quais não ofereciam privacidade aos entrevistados para tratarem de sintomas tão subjetivos.

Portanto, em estudos futuros tais questões poderiam ser melhor analisadas por profissionais especializados, como psicólogos ou psiquiatras, os quais seriam capazes de estabelecer diagnósticos mais precisos.

Essa pesquisa não constatou diferença estatisticamente relevante entre os subtipos de portadores da SII (constipante, diarréico, misto e indefinido) em nenhuma das variáveis analisadas (TABELAS 5 a 26). Em contradição do que foi demonstrado em algumas publicações internacionais, como nas pesquisas de Mearin et al. (2003) e Si et al. (2004).

Porém, a não significância estatística pode ser explicada pelo fato de que a amostra pertencente a cada subgrupo do estudo era pequena quando comparada aos estudos citados anteriormente.

Então, orienta-se que pesquisas futuras utilizem amostras de subgrupos de pacientes maiores, a fim de que se possa caracterizar melhor os sintomas entre os diversos tipos de pacientes.

6. CONCLUSÃO

A SII é uma síndrome cuja prevalência na macrorregião de Belém condiz com a literatura médica, sendo que o paciente portador da SII tem como perfil epidemiológico predomínio do sexo feminino, apresenta prevalência significativa de distensão abdominal, dor abdominal com frequência, além das seguintes co-morbidades: sintomas gastro-esofágicos (azia, queimação, empachamento, má digestão, regurgitação e sensação de boca amarga), diminuição do apetite, sintomas cardíacos (arritmia e dor precordial), sintomas respiratórios (asma), fadiga, cefaléia, dor nas costas, torcicolo, engasgos noturnos, faringite, rouquidão e ansiedade.

REFERÊNCIAS

COCHRAN W.G. Some methods for strengthening the common χ^2 tests. **Biometrics** v.10, p.417-451, 1954.

COOKE, C. et al. Arrowroot as a treatment for diarrhoea in irritable bowel syndrome patients: a pilot study. **Arq Gastroenterol**, v. 37, n.1, março, 2000.

DAMIÃO, A.O.M.C.; MORAES-FILHO, J.P.P. **Diagnóstico e tratamento da síndrome do intestino irritável**, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu2_06.html>. Acesso em: 09 de julho 2006.

DROSSMAN, D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. **Gastroenterology**, v.130, n.5, p. 1377-1390, abril, 2006.

JONES R.; LYDEARD S. Irritable bowel syndrome in the general population. **BMJ**, v.304, p.87-90, 1992.

KLINGER, Jaime R.; KLINGER, José R. Síndrome de Intestino Irritable. **Rev. Méd Chile**, v.129, p.576-580, 2001.

LEAHY, A; EPSTEIN, O. Non-pharmacological treatments in the irritable bowel syndrome. **World Journal of Gastroenterology**, v.7, n.3, p.313-316, 2001.

LEE O.Y. et al. Gender-related differences in IBS symptoms. **The American Journal Of Gastroenterology**, v. 96, p. 2184-2193, 2001.

LONGSTRETH G.F. et al. Characteristics of patients with irritable bowel syndrome recruited from these sources: implications for clinical trials. **Aliment Pharmacol Ther**, v. 15, n. 7, p. 959-964, 2001.

LONGSTRETH G.F. et al. Functional Bowel Disorders. **Gastroenterology**, v.130, n.5, p. 1480-1491, 2006.

MEARIN, F. **Síndrome del Intestino Irritable: utilidad de los criterios diagnósticos (Nuevos criterios diagnósticos de Roma III)**. Barcelona: 2008.

MINOCHA A. et al. Prevalence, Sociodemography, and Quality of Life of Older Versus Younger Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Population-Based Study. **Digestive Diseases and Sciences**, v.51, n.3, p. 446-453, março, 2006.

MISZPUTEN, S. J. **Síndrome do Intestino Irritável (SII)**. São Paulo: EPM, 2005.

MORAL, M. El paciente com síndrome de intestino irritable. **Curso Clínico de Medicina Familiar**. Califórnia: USC, 2003. p.1-10.

MULAK A.; PARADOWSKI L. Effect of 5-HT₁ agonist (sumatriptan) on anorectal function in irritable bowel syndrome patients. **World Journal of Gastroenterology**, v.12, n.10, p.1591-1596, março, 2006.

NORTH C.S.; HONG B.A; ALPERS D.H. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: Implications for treatment. **World Journal of Gastroenterology**, v.13, n.14, p.2020-2027, abril, 2007.

PORTINCASA P et al. Pan-enteric dysmotility, impaired quality of life and alexithymia in a large group of patients meeting ROME II criteria for irritable bowel syndrome. **World Journal of Gastroenterology**, v. 9, n.10, p. 2293-2299, outubro, 2003.

QUIGLEY, E.M.M. Changing face of irritable bowel syndrome. **World J Gastroenterology**, v.12, n.1, p.1-5, jan. 2006.

SAITO Y.A. et al. The Epidemiology of Irritable Bowel Syndrome in North America: A Systematic Review. **The American Journal Of Gastroenterology**, v.97, n.8, p.1910-1915, agosto, 2002.

SCHMULSON M. et al. Frequency of Functional Bowel Disorders among Healthy Volunteers in Mexico City. **Dig Dis**, v.24, n.3-4, p.342-347, julho, 2006.

SI J. et al. Irritable bowel syndrome consultants in Zhejiang province: The symptoms pattern, predominant bowel habit subgroups and quality of life. **World Journal of Gastroenterology**, v.10, n.7, p.1059-1064, abril, 2004.

SILVERMAN, D.H.S. et al. **Current Thinking About IBS: An Educational Review of Irritable Bowel Syndrome**, EUA, 2005. Disponível em: <<https://www.lotronex.com/download/ibs.pdf>>. Acesso em: 10 de julho 2006.

TALLEY, N.J. Distúrbios gastrointestinais funcionais: síndrome do intestino irritável, dispepsia não-ulcerosa e dor torácica não cardíaca. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. (eds.). **Cecil – Tratado de medicina interna**. 22.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.932-941.

_____. Functional gastrointestinal disorders: prognosis. In: FRIEDMAN, S.L.; GRENDALL, J.H.; MCQUAID, K.R. **Current – Diagnosis & treatment in gastroenterology**. 2.ed. New York: McGraw-Hill/Appleton & Lange, 2002. p.190.

THOMPSON, W.G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v.45, Suppl 2, p. II43-II47, 1999.

VALENZUELA, J. et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. **Gastroenterol Hepatol**, v.27, n.5, p.325-343, fev. 2004.

ZUCKERMAN, M.J. et al. A Survey of Irritable Bowel Syndrome in Vietnam Using the Rome Criteria. **Digestive Diseases and Sciences**, v.51, n.5, p. 946-951, maio, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A

Nº. do formulário _____

Questionário A

1) Sexo:

Masculino () Feminino ()

2) Idade:

() 0 – 1 () 1–10 () 10 – 20
 () 20 – 30 () 30 – 40 () 40 – 50
 () 50 – 60 () 60 – 70 () 70 – 80
 () > 80 Especificar _____

3) Possui dor abdominal recorrente ou desconforto pelo menos 3 dias por mês?

() Sim () Não

4) Essa sintomatologia esteve presente nos últimos 3 meses?

() Sim () Não

5) O início dos sintomas se deu há pelo menos 6 meses?

() Sim () Não

6) Caso a resposta for positiva nas perguntas 3, 4 e 5, a dor ou desconforto alivia com a defecação?

() Sim () Não

7) O início foi associado com alteração na frequência das evacuações?

() Sim () Não

8) O início foi associado com alteração no aspecto das fezes?

() Sim () Não

9) Qual a característica das fezes na maioria das evacuações? (pode ser marcada mais de uma alternativa).

- () Massas duras e separadas como nozes (difíceis de passar)
- () Forma de salsicha, porém duras como caroço
- () Tipo uma salsicha, mas com fissuras em sua superfície
- () Tipo uma salsicha ou uma cobra, liso e mole
- () Pedacos macios e lisos, com bordas bem delimitadas (fáceis de passar)
- () Pedacos macios com bordas imperfeitas, fezes amolecidas
- () Aquosas, sem pedacos sólidos, inteiramente líquidas

10) Você tem prisão de ventre com frequência?

() Sim () Não

10.1) Em caso positivo, você considera a prisão de ventre um problema?

Sim Não

11) Você tem diarreia com frequência?

Sim Não

11.1) Em caso positivo, você considera a diarreia um problema?

Sim Não

12) Você tem alteração do hábito intestinal com frequência?

Sim Não

12.1) Em caso positivo, você considera a alteração do hábito intestinal um problema?

Sim Não

13) Número de evacuações por dia?

0 1 2 3 >3 Especificar _____

14) Faz esforço excessivo durante a defecação?

Sim Não

15) Há presença de muco ou catarro nas fezes?

Sim Não

16) Tem sensação de evacuação incompleta?

Sim Não

17) Tem urgência para evacuar?

Sim Não

Apêndice B

Nº. do formulário _____

Questionário B

1) Estado civil?

- Solteiro (a) Casado (a) União estável (amigado)
 Viúvo (a) Divorciado (a)

2) Possui filhos?

- Sim Não

2.1) Em caso positivo, quantos?

- 1 2 3 4 5 > 5 Especificar _____

3) Número de pessoas na casa?

- 1 pessoa 2 pessoas 3 pessoas
 4 pessoas 5 pessoas > 5 pessoas. Especificar _____

4) Nível de escolaridade?

- Analfabeto Alfabetizado
 Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo
 Ensino médio incompleto Ensino médio completo
 Ensino superior incompleto Ensino superior completo
 Pós-graduação incompleta Pós-graduação completa

5) Relação de emprego? (pode ser marcada mais de uma alternativa).

- Desempregado Estudante
 Funcionário público Funcionário privado
 Autônomo. Citar a profissão: _____

6) Religião?

- Católico Evangélico Espírita
 Judeu Ateu Outros. Especificar: _____

7) Renda mensal?

- Até 1 salário mínimo 2 – 3 salários mínimos
 4 – 10 salários mínimos 10 - 20 salários mínimos
 + de 20 salários mínimos

8) Considera sua condição de saúde:

- Muito boa Boa
 Regular Péssima

9) Pratica atividade física?

- Sim Não

9.1) Caso positivo, quantas vezes na semana?

- 1 2 3 4 5 > 5 Especificar _____

10) Possui distensão abdominal (aumento do volume abdominal)?

- Sim Não

11) Possui empachamento (sensação de não digerir os alimentos)?

Sim Não

12) Possui dor abdominal \geq 1 hora/dia

Sim Não

13) Possui dor abdominal \geq 2 dias/semana

Sim Não

14) Alguma vez mudou hábitos alimentares por causa dos sintomas?

Sim Não

Qual(is)? _____

14.1) A mudança melhorou o quadro?

Sim Não

15) Alguma vez mudou hábitos de vida por causa dos sintomas?

Sim Não

Qual(is)? _____

15.1) A mudança melhorou o quadro?

Sim Não

OUTROS SINTOMAS

16) Possui má digestão? (sintomas dispépticos)

Sim Não

17) Diminuição do apetite?

Sim Não

18) Possui azia ou queimação retroesternal?

Sim Não

19) Possui golfadas? (regurgitação)

Sim Não

20) Apresenta frequentemente?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Faringite
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Rouquidão
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tosse crônica
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Pneumonia de repetição
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Otitis de repetição
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Boca amarga
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Crises de asma
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dor precordial
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Arritmias

21) Dores de cabeça?

Sim Não

22) Dores nas costas?

Sim Não

23) Torcicolo?

Sim Não

24) Dificuldade para urinar?

Sim Não

25) Se considera ansioso?

Sim Não

26) Seus amigos o consideram ansioso?

Sim Não

27) Se considera Depressivo?

() Sim () Não

28) Seus amigos o consideram Depressivo?

() Sim () Não

29) Dorme bem à noite?

() Sim () Não

30) Alguma vez já acordou sufocado ou engasgado à noite?

() Sim () Não

31) Sente-se cansado com frequência?

() Sim () Não

32) Estes sintomas já provocaram faltas em atividades cotidianas?

() Sim () Não

33) Já realizou algum tipo de tratamento?

() Sim () Não

34) Em caso positivo, prescrição médica ou por conta própria?

() Prescrição médica () Conta própria

Qual tratamento: _____

34.1) Houve melhora?

() Sim () Não

35) Toma laxantes continuamente?

() Sim () Não

Quais? _____

36) Toma remédios para diarreia continuamente?

() Sim () Não

Quais? _____

37) Alimentos que melhoram o quadro?

() Leite e derivados () Fibras
 () Cítricos () Verduras e leguminosas
 () Cevada () Café
 () Carne, peixe ou frango () Chocolate
 () Alimentos apimentados () Alimentos frios/crus
 () Frituras
 () Outros. Especifique: _____

38) Alimentos que pioram o quadro?

() Leite e derivados () Fibras
 () Cítricos () Verduras
 () Cevada () Café
 () Carne, peixe ou frango () Chocolate
 () Alimentos apimentados () Alimentos frios/crus
 () Frituras
 () Outros. Especifique: _____

39) Tirou férias nos últimos 2 anos? (com afastamento total das atividades diárias ou viagens)

() Sim () Não

39.1) Em casa positivo, durante as férias os sintomas:

() Melhoraram () Pioraram () Desapareceram () Não se alteraram

40) Possui história de alergia?

() Sim () Não

A que? _____

41) O quadro possui relação com o período menstrual?

Sim Não

42) O quadro possui relação com períodos de tensão, nervosismo ou estresse?

Sim Não

Apêndice C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: ESTUDO DA PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL NA MACRORREGIÃO DE BELÉM NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2006 A FEVEREIRO DE 2008

ESCLARECIMENTOS DA PESQUISA

Esse estudo busca determinar o número de casos de uma doença do intestino chamada Síndrome do Intestino Irritável (SII) na macrorregião de Belém-PA no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008. Serão entrevistados 1067 habitantes desta macrorregião, utilizando-se questionários padronizados para realizar o possível diagnóstico de pacientes com a doença. Posteriormente, para aqueles que tiverem a doença confirmada, será utilizado outro modelo de questionário, que qualificará cada paciente.

As informações obtidas serão utilizadas para esta pesquisa e servirão como base para estudos posteriores relacionados ao mesmo assunto e serão analisadas juntamente com as de outras pessoas, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar à sua identificação. Nenhum material biológico (como sangue, fezes, urina, etc) será coletado.

Todos os questionários aplicados serão guardados pelo período de 05 (cinco) anos com os pesquisadores, sendo queimados após o término deste prazo.

Os indivíduos participantes desta pesquisa não estão sujeitos a riscos físicos, pois irão apenas responder a perguntas, sem nenhum outro tipo de participação. Porém, a possível identificação destes como doentes poderá gerar preconceitos por parte de pessoas não familiarizadas com a doença. A prevenção desse problema consiste no fato de que apenas os números de identificação dos questionários serão utilizados na pesquisa, não havendo qualquer outro fator de identificação, como iniciais dos nomes dos entrevistados, e as fichas correspondentes aos questionários serão guardadas com os pesquisadores e queimadas após o período de cinco anos, o que dificultará a identificação dos doentes. Os entrevistados que forem identificados como portadores da SII e se sentirem estigmatizados ou sofrendo

preconceitos, serão encaminhados a um tratamento especializado com psicólogo na clínica Unigastro (ANEXO B). Além disso, poderão ter direito a indenizações legalmente estabelecidas.

Os benefícios esperados com a pesquisa para o indivíduo participante são: a possibilidade de ter uma possível doença diagnosticada e receber as devidas orientações para manejo e tratamento da mesma. Além disso, os resultados obtidos irão permitir que se estabeleçam as características desta doença na macrorregião estudada. Tal conhecimento será útil para que se busque uma estratégia adequada de abordagem aos doentes, assim como servirá de auxílio para estudos posteriores, como na elaboração do Consenso Brasileiro de Síndrome do Intestino Irritável.

A pessoa entrevistada é livre para participar ou não da pesquisa, sem quaisquer repressões atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de prejuízo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, assim como também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

Para esclarecimentos e/ou dúvidas da referente pesquisa, maiores informações podem ser obtidas com o Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito, orientador da pesquisa no endereço abaixo, ou com os acadêmicos participantes, Ana Caroline Nunes Soares (Travessa São Francisco, 350, apto. 701, Ed. Athenas Garden / Fone: (91) 3230-0805), Bruno Oliveira de Matos (Rua Municipalidade n. 1080 APTO 301 Ed. Village Tower / Fone: (91) 3222-3541) e Rodrigo Ferreira da Rocha (Av. Governador José Malcher Nº 1716 aptº 1001 / Fone: (91) 3226-0419).

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: Prof. Dr. Marcus Vinicius Henriques Brito

End: Trav. Padre Eutíquio, 2264/ 1101

Fone: (91) 3223-3609

CRM-PA: 4102

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a aplicação dos questionários.

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito da pesquisa ou do responsável.

Apêndice D

CÁLCULO DA QUANTIDADE DE QUESTIONÁRIOS A SEREM APLICADOS NA MACRORREGIÃO DE BELÉM NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2006 A FEVEREIRO DE 2008		
BAIRROS DE BELÉM	POPULAÇÃO URBANA	FATOR
Água Boa	5 632	0,004452
Águas Lindas	10 817	0,008550
Águas Negras	6 547	0,005175
Agulha	18 096	0,014304
Aura	1 556	0,001230
Barreiro	24 421	0,019303
Batista Campos	19 363	0,015305
Bengui	27 804	0,021977
Brasília	5 148	0,004069
Cabanagem	28 960	0,022891
Campina	5 266	0,004162
Campina de Icoaraci	27 061	0,021390
Canudos	14 594	0,011535
Castanheira	24 612	0,019454
Cidade Velha	11 919	0,009421
Condor	41 561	0,032851
Coqueiro	36 727	0,029030
Cremação	30 454	0,024072
Cruzeiro	11 350	0,008971
Curió-Utinga	18 874	0,014918
Fátima	13 183	0,010420
Guamá	101 892	0,080538
Guanabara	1 915	0,001514
Itaiteua	1 207	0,000954
Jurunas	62 602	0,049482
Mangueirão	32 674	0,025826

Maracacuera	9 819	0,007761
Maracangalha	27 694	0,021890
Marambaia	62 253	0,049206
Marco	63 842	0,050462
Miramar	36	0,000028
Montese (Terra Firme)	63 165	0,049927
Mosqueiro	21 808	0,017238
Nazaré	18 655	0,014745
Paracuri	8 754	0,006919
Parque Guajará	23 056	0,018224
Parque Verde	31 359	0,024787
Pedreira	68 952	0,054501
Ponta Grossa	12 423	0,009819
Pratinha	17 965	0,014200
Reduto	6 957	0,005499
Sacramenta	44 359	0,035062
São Brás	19 805	0,015654
São Clemente	5 830	0,004608
São João do Outeiro	7 633	0,006033
Souza	12 652	0,010000
Sucurijuquara	701	0,000554
Tapanã	51 840	0,040976
Telégrafo	42 698	0,033750
Tenoné	15 866	0,012541
Umarizal	30 013	0,023723
Uma	4 716	0,003728
Universitário	2 629	0,002078
Val-de-Cães	5 428	0,004290
TOTAL	1 265 143	1

Fonte: Protocolo de pesquisa do trabalho.

QUADRO 1 – Cálculo do fator referente à quantidade de questionários a serem aplicados na Macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Apêndice E

CÁLCULO DA QUANTIDADE DE QUESTIONÁRIOS A SEREM APLICADOS NA MACRORREGIÃO DE BELÉM NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2006 A FEVEREIRO DE 2008			
BAIRROS DE BELÉM	POPULAÇÃO URBANA	FATOR	Nº DE ENTREVISTAS
Água Boa	5 632	0,004452	5
Águas Lindas	10 817	0,008550	9
Águas Negras	6 547	0,005175	6
Agulha	18 096	0,014304	15
Aura	1 556	0,001230	1
Barreiro	24 421	0,019303	21
Batista Campos	19 363	0,015305	16
Bengui	27 804	0,021977	23
Brasília	5 148	0,004069	4
Cabanagem	28 960	0,022891	24
Campina	5 266	0,004162	4
Campina de Icoaraci	27 061	0,021390	23
Canudos	14 594	0,011535	12
Castanheira	24 612	0,019454	21
Cidade Velha	11 919	0,009421	10
Condor	41 561	0,032851	35
Coqueiro	36 727	0,029030	31
Cremação	30 454	0,024072	26
Cruzeiro	11 350	0,008971	10
Curió-Utinga	18 874	0,014918	16
Fátima	13 183	0,010420	11
Guamá	101 892	0,080538	86
Guanabara	1 915	0,001514	2
Itaiteua	1 207	0,000954	1
Jurunas	62 602	0,049482	53
Mangueirão	32 674	0,025826	28

Maracacuera	9 819	0,007761	8
Maracangalha	27 694	0,021890	23
Marambaia	62 253	0,049206	53
Marco	63 842	0,050462	54
Miramar	36	0,000028	0
Montese (Terra Firme)	63 165	0,049927	53
Mosqueiro	21 808	0,017238	18
Nazaré	18 655	0,014745	16
Paracuri	8 754	0,006919	7
Parque Guajará	23 056	0,018224	19
Parque Verde	31 359	0,024787	26
Pedreira	68 952	0,054501	58
Ponta Grossa	12 423	0,009819	10
Pratinha	17 965	0,014200	15
Reduto	6 957	0,005499	6
Sacramenta	44 359	0,035062	37
São Brás	19 805	0,015654	17
São Clemente	5 830	0,004608	5
São João do Outeiro	7 633	0,006033	6
Souza	12 652	0,010000	11
Sucurijuquara	701	0,000554	1
Tapanã	51 840	0,040976	44
Telégrafo	42 698	0,033750	36
Tenoné	15 866	0,012541	13
Umarizal	30 013	0,023723	25
Uma	4 716	0,003728	4
Universitário	2 629	0,002078	2
Val-de-Cães	5 428	0,004290	5
TOTAL	1 265 143	1	1 067

Fonte: Protocolo de pesquisa do trabalho.

QUADRO 2 – Cálculo da quantidade de questionários a serem aplicados na macrorregião de Belém no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2008.

Apêndice F

CARTA DE ENCAMINHAMENTO DO ORIENTADOR PARA ANÁLISE FINAL

À

Coordenação do TCC de Medicina.

Senhor Coordenador,

Encaminho para análise final, o Trabalho de Conclusão de Curso.

Título: Estudo da Prevalência da Síndrome do Intestino Irritável na População da Macrorregião de Belém no Período de Novembro de 2006 a Fevereiro de 2008; dos alunos:

Ana Caroline Nunes Soares

Bruno Oliveira de Matos

Rodrigo Ferreira da Rocha

Belém, _____ / _____ / _____

Orientador
(CARIMBO)

ANEXOS

Anexo A

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros (1)	Domicílios particulares permanentes		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
Belém.....	296 352	294 532	1 820
Bairros			
Aeroporto.....	275	275	-
Água Boa.....	1 446	1 446	-
Águas Lindas.....	2 720	2 720	-
Águas Negras.....	1 487	1 487	-
Agulha.....	4 198	4 198	-
Arirambá.....	447	447	-
Aurá.....	401	401	-
Baía do Sol.....	489	489	-
Barreiro.....	5 085	5 085	-
Batista Campos.....	5 138	5 138	-
Bengui.....	6 137	6 137	-
Bonfim.....	3	3	-
Brasília.....	1 250	1 250	-
Cabanagem.....	6 579	6 579	-
Campina.....	1 610	1 610	-
Campina de Icoaraci.....	6 213	6 213	-
Canudos.....	3 347	3 347	-
Carananduba.....	1 085	1 085	-
Caruara.....	40	40	-
Castanheira.....	5 865	5 865	-
Chapéu Virado.....	299	299	-
Cidade Velha.....	2 601	2 601	-
Condor.....	8 753	8 753	-

Coqueiro.....	8 687	8 687	-
Cremação.....	6 998	6 998	-
Cruzeiro.....	2 626	2 626	-
Curió-Utinga.....	4 312	4 312	-
Farol.....	255	255	-
Fátima.....	2 882	2 882	-
Guamá.....	22 138	22 138	-
Guanabara.....	426	426	-
Itaiteua.....	257	257	-
Jurunas.....	13 320	13 320	-
Mangueirão.....	8 242	8 242	-
Mangueiras.....	350	350	-
Maracacuera.....	2 352	2 352	-
Maracajá.....	601	601	-
Maracangalha.....	5 974	5 974	-
Marahú.....	29	29	-
Marambaia.....	14 333	14 333	-
Marco.....	15 528	15 528	-
Miramar.....	9	9	-
Montese (Terra Firme).....	13 735	13 735	-
Murubira.....	265	265	-
Natal do Murubira.....	246	246	-
Nazaré.....	5 256	5 256	-
Paracuri.....	2 122	2 122	-
Paraíso.....	57	57	-
Parque Guajará.....	5 637	5 637	-
Parque Verde.....	7 773	7 773	-
Pedreira.....	16 339	16 339	-
Ponta Grossa.....	2 936	2 936	-
Porto Arthur.....	64	64	-
Praia Grande.....	99	99	-
Pratinha.....	4 228	4 228	-
Reduto.....	1 863	1 863	-

Sacramenta.....	9 928	9 928	-
São Bras.....	5 040	5 040	-
São Clemente.....	1 455	1 455	-
São Francisco.....	476	476	-
São João do Outeiro.....	1 940	1 940	-
Souza.....	3 292	3 292	-
Sucurijuquara.....	120	120	-
Tapanã.....	12 510	12 510	-
Telégrafo.....	9 135	9 135	-
Tenoné.....	3 951	3 951	-
Umarizal.....	7 501	7 501	-
Una.....	1 144	1 144	-
Universitário.....	560	560	-
Val-de-Cães.....	1 301	1 301	-

Fonte: IBGE

QUADRO 3 – Número de domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.

Anexo B

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros (1)	Moradores em domicílios particulares permanentes		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
Belém.....	1 273 225	1 265 143	8 082
Bairros			
Aeroporto.....	1 121	1 121	-
Água Boa.....	5 632	5 632	-
Águas Lindas.....	10 817	10 817	-
Águas Negras.....	6 547	6 547	-
Agulha.....	18 096	18 096	-
Arirambá.....	1 851	1 851	-
Aurá.....	1 556	1 556	-
Baía do Sol.....	2 369	2 369	-
Barreiro.....	24 421	24 421	-
Batista Campos.....	19 363	19 363	-
Bengui.....	27 804	27 804	-
Bonfim.....	24	24	-
Brasília.....	5 148	5 148	-
Cabanagem.....	28 960	28 960	-
Campina.....	5 266	5 266	-
Campina de Icoaraci.....	27 061	27 061	-
Canudos.....	14 594	14 594	-
Carananduba.....	4 783	4 783	-
Caruara.....	204	204	-
Castanheira.....	24 612	24 612	-
Chapéu Virado.....	1 138	1 138	-
Cidade Velha.....	11 919	11 919	-
Condor.....	41 561	41 561	-
Coqueiro.....	36 727	36 727	-
Cremação.....	30 454	30 454	-

Cruzeiro.....	11 350	11 350	-
Curió-Utinga.....	18 874	18 874	-
Farol.....	1 063	1 063	-
Fátima.....	13 183	13 183	-
Guamá.....	101 892	101 892	-
Guanabara.....	1 915	1 915	-
Itaiteua.....	1 207	1 207	-
Jurunas.....	62 602	62 602	-
Mangueirão.....	32 674	32 674	-
Mangueiras.....	1 350	1 350	-
Maracacuera.....	9 819	9 819	-
Maracajá.....	2 696	2 696	-
Maracangalha.....	27 694	27 694	-
Marahú.....	112	112	-
Marambaia.....	62 253	62 253	-
Marco.....	63 842	63 842	-
Miramar.....	36	36	-
Montese (Terra Firme).....	63 165	63 165	-
Murubira.....	965	965	-
Natal do Murubira.....	1 099	1 099	-
Nazaré.....	18 655	18 655	-
Paracuri.....	8 754	8 754	-
Paraíso.....	200	200	-
Parque Guajará.....	23 056	23 056	-
Parque Verde.....	31 359	31 359	-
Pedreira.....	68 952	68 952	-
Ponta Grossa.....	12 423	12 423	-
Porto Arthur.....	267	267	-
Praia Grande.....	462	462	-
Pratinha.....	17 965	17 965	-
Reduto.....	6 957	6 957	-
Sacramenta.....	44 359	44 359	-
São Bras.....	19 805	19 805	-

São Clemente.....	5 830	5 830	-
São Francisco.....	2 104	2 104	-
São João do Outeiro.....	7 633	7 633	-
Souza.....	12 652	12 652	-
Sucurijuquara.....	701	701	-
Tapanã.....	51 840	51 840	-
Telégrafo.....	42 698	42 698	-
Tenoné.....	15 866	15 866	-
Umarizal.....	30 013	30 013	-
Una.....	4 716	4 716	-
Universitário.....	2 629	2 629	-
Val-de-Cães.....	5 428	5 428	-

Fonte: IBGE

QUADRO 4 – Número de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.

Anexo C

Mesorregiões, Microrregiões, Municípios, Distritos, Subdistritos e Bairros (1)	Média de moradores por domicílio particular permanente		
	Total	Situação do domicílio	
		Urbana	Rural
Belém.....	4,31	4,31	4,44
Bairros			
Aeroporto.....	4,08	4,08	-
Água Boa.....	3,89	3,89	-
Águas Lindas.....	3,98	3,98	-
Águas Negras.....	4,40	4,40	-
Agulha.....	4,31	4,31	-
Arirambá.....	4,14	4,14	-
Aurá.....	3,88	3,88	-
Baía do Sol.....	4,84	4,84	-
Barreiro.....	4,80	4,80	-
Batista Campos.....	3,77	3,77	-
Bengui.....	4,53	4,53	-
Bonfim.....	8,00	8,00	-
Brasília.....	4,12	4,12	-
Cabanagem.....	4,40	4,40	-
Campina.....	3,27	3,27	-
Campina de Icoaraci.....	4,36	4,36	-
Canudos.....	4,36	4,36	-
Carananduba.....	4,41	4,41	-
Caruara.....	5,10	5,10	-
Castanheira.....	4,20	4,20	-
Chapéu Virado.....	3,81	3,81	-
Cidade Velha.....	4,58	4,58	-
Condor.....	4,75	4,75	-
Coqueiro.....	4,23	4,23	-
Cremação.....	4,35	4,35	-

Cruzeiro.....	4,32	4,32	-
Curió-Utinga.....	4,38	4,38	-
Farol.....	4,17	4,17	-
Fátima.....	4,57	4,57	-
Guamá.....	4,60	4,60	-
Guanabara.....	4,50	4,50	-
Itaiteua.....	4,70	4,70	-
Jurunas.....	4,70	4,70	-
Mangueirão.....	3,96	3,96	-
Mangueiras.....	3,86	3,86	-
Maracacuera.....	4,17	4,17	-
Maracajá.....	4,49	4,49	-
Maracangalha.....	4,64	4,64	-
Marahú.....	3,86	3,86	-
Marambaia.....	4,34	4,34	-
Marco.....	4,11	4,11	-
Miramar.....	4,00	4,00	-
Montese (Terra Firme).....	4,60	4,60	-
Murubira.....	3,64	3,64	-
Natal do Murubira.....	4,47	4,47	-
Nazaré.....	3,55	3,55	-
Paracuri.....	4,13	4,13	-
Paraíso.....	3,51	3,51	-
Parque Guajará.....	4,09	4,09	-
Parque Verde.....	4,03	4,03	-
Pedreira.....	4,22	4,22	-
Ponta Grossa.....	4,23	4,23	-
Porto Arthur.....	4,17	4,17	-
Praia Grande.....	4,67	4,67	-
Pratinha.....	4,25	4,25	-
Reduto.....	3,73	3,73	-
Sacramenta.....	4,47	4,47	-
São Bras.....	3,93	3,93	-

São Clemente.....	4,01	4,01	-
São Francisco.....	4,42	4,42	-
São João do Outeiro.....	3,93	3,93	-
Souza.....	3,84	3,84	-
Sucurijuquara.....	5,84	5,84	-
Tapanã.....	4,14	4,14	-
Telégrafo.....	4,67	4,67	-
Tenoné.....	4,02	4,02	-
Umarizal.....	4,00	4,00	-
Una.....	4,12	4,12	-
Universitário.....	4,69	4,69	-
Val-de-Cães.....	4,17	4,17	-

Fonte: IBGE

QUADRO 5 – Média de moradores em domicílios particulares permanentes na macrorregião de Belém segundo o Censo 2000.

Anexo D

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Protocolo: N° 116/06

Título do Projeto de Pesquisa: “Estudo da Prevalência da Síndrome do Intestino Irritável na População da Macrorregião de Belém no Período de Novembro de 2006 a Fevereiro de 2008”.

Pesquisador Responsável: Marcus Vinicius Henriques Brito.

Instituição / Unidade: UEPA – CCBS

Data de Entrada: 02.10.06

Data do Parecer: 18.10.06

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA apreciou o protocolo em tela e, verificou que foram atendidas todas as exigências da Resolução CNS 196-96. Portanto, manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer: APROVADO

LIBERADO para o início da pesquisa.

Belém, 20 de outubro de 2006.

Prof. Dr. MARCUS VINICIUS HENRIQUES BRITO
Presidente do CEP/UEPA