

LÍVIA CARVALHO DE ARAÚJO

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL EM INTERNOS DO  
CURSO DE MEDICINA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para obtenção do grau em  
Medicina pela Universidade Federal  
do Pará.

Orientador: Prof. Octávio Gomes de  
Souza Júnior.

BELÉM  
2011

LÍVIA CARVALHO DE ARAÚJO

PREVALÊNCIA DE SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL EM INTERNOS DO  
CURSO DE MEDICINA

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau em Medicina pela Universidade  
Federal do Pará.

**Banca examinadora:**

---

Prof. Octávio Souza Júnior (Orientador)

---

Nome / Instituição

---

Nome / Instituição

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

Aos meus pais, João e Ráldina, pelo incentivo  
aos estudos e ao trabalho, digno e honesto.

**Livia Araújo.**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela oportunidade de exercer esta profissão;

Ao Dr. Octávio Souza Júnior, pelo auxílio na elaboração deste trabalho;

Aos internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, pela colaboração voluntária em responder os questionários;

À Dra. Simone Conde, pelas sábias críticas, que colaboraram para o aperfeiçoamento deste trabalho;

À Professora Sílvia Bahia, pela coordenação e suporte dados;

A todos que de alguma forma colaboraram para elaboração deste trabalho;

*“Nossos conhecimentos fizeram-nos céticos; nossa inteligência, empernedidos e cruéis.  
Pensamos em demasia e sentimos bem pouco.  
Mais do que máquinas, precisamos de humanidade.  
Mais do que inteligência, precisamos de afeição e doçura! Sem estas virtudes, a vida será  
de violência e tudo estará perdido.”*

**Charles Chaplin em  
“O Grande Ditador”**

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1	OBJETIVOS .....	13
2.	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	13
3	<b>CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	28
3.1	TIPO DE PESQUISA .....	28
3.2	AMOSTRA .....	29
3.3	COLETA DE DADOS .....	29
3.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	30
4	<b>RESULTADOS</b> .....	30
5	<b>DISCUSSÃO</b> .....	46
6	<b>CONCLUSÕES</b> .....	52

**REFERÊNCIAS**

**APÊNDICES**

**ANEXOS**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os distúrbios funcionais são responsáveis por 50% dos atendimentos realizados em Gastroenterologia. A Síndrome do Intestino Irritável (SII), entidade dita funcional, acomete de 10 a 20% da população mundial, sendo, em sua maioria, adultos jovens e do sexo feminino, possuindo impactos sociais, econômicos, na saúde pública e, principalmente na qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

**OBJETIVO:** Identificar a prevalência da SII em internos do curso de medicina da Universidade Federal do Pará (UFPA) e suas características clínicas. **MÉTODOS:** Estudo prospectivo e descritivo. Realizado com 150 internos do curso de medicina da UFPA, após aprovação do comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto, que se voluntariaram em participar do estudo, no período de maio a junho de 2011.

Os resultados obtidos foram lançados no *Microsoft Access* e exportados para planilhas do *Microsoft Excel*. **RESULTADOS:** A prevalência da SII encontrada foi de 17,5%, sendo a maioria (66,6%) pertencente ao sexo feminino. Entre os subtipos da síndrome mais prevalentes, não houve diferença estatística entre a forma diarréica (38%) e a mista (38%).

A maioria dos entrevistados (66,6%) classificou seus sintomas como de moderada intensidade. Houve grande associação de piora dos sintomas com ingestão de laticínios (61,9%), maior do que a descrita na literatura. A maioria dos entrevistados (57%) apresentava os sintomas há mais de cinco anos e de forma recorrente. **CONCLUSÃO:** A prevalência da SII entre os internos de medicina da UFPA foi maior que a descrita na população em geral, afetando na maioria mulheres, com predomínio de sintomas de moderada intensidade.

**PALAVRAS-CHAVES:** síndrome do intestino irritável; alunos de medicina; prevalência da SII em alunos.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The functional disorders account for 50% of visits made in Gastroenterology. The Irritable Bowel Syndrome (IBS), said functional entity, affecting 10 to 20% of world population, mostly, young adults and women, having negative social, economic, public health and, especially in quality of life of affected individuals.

**OBJECTIVE:** To identify the prevalence of IBS in internal medicine course at the Federal University of Pará (UFPA) and clinical characteristics.

**METHODS:** Prospective and descriptive. Performed with 150 internal medicine course at UFPA, after approval of the research ethics committee of the University Hospital João de Barros Barreto, who volunteered to participate in the period May-June 2011. The results were released in Microsoft Access and exported to Microsoft Excel spreadsheets.

**RESULTS:** The prevalence of IBS was found to be 17.5%, the majority (66.6%) belonging to the female. Among the most prevalent subtypes of the syndrome, there was no statistical difference between the form diarrhea (38%) and mixed (38%). Most respondents (66.6%) rated their symptoms as moderate intensity. There was a strong association of worsening of symptoms with ingestion of dairy products (61.9%), higher than described in the literature. Most respondents (57%) had symptoms for more than five years and on a recurring basis.

**CONCLUSION:** The prevalence of IBS among internal medicine UFPA was higher than described in the general population, affecting mostly women, with a predominance of moderate intensity.

**KEY WORDS:** irritable bowel syndrome, medical students, prevalence of IBS in students.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	<b>PÁG</b>
Figura 01: Prevalência de SII, segundo Critérios de Roma III .....	31
Figura 02: Distribuição dos acometidos por SII quanto ao sexo .....	31
Figura 03: Distribuição dos acometidos por SII quanto à faixa etária .....	32
Figura 04: Prevalência dos subtipos de SII .....	32
Figura 05: Distribuição quanto ao tempo de apresentação dos sintomas .....	33
Figura 06: Distribuição quanto à intensidade da dor .....	33
Figura 07: Distribuição quanto à localização da dor .....	34
Figura 08: Distribuição quanto ao aumento das evacuações durante os episódios de dor .....	34
Figura 09: Distribuição quanto à ocorrência de fezes amolecidas durante os episódios de dor .....	35
Figura 10: Distribuição quanto à frequência dos episódios de dor abdominal .....	35
Figura 11: Associação da dor com as refeições .....	36
Figura 12: Associação de piora da dor após ingestão de laticínios .....	36
Figura 13: Prevalência de muco nas fezes, associada aos subtipos clínicos de SII .	37
Figura 14: Prevalência de esforço evacuatório, associado aos subtipos clínicos de SII .....	37
Figura 15: Associação de sensação de esvaziamento incompleto com os subtipos clínicos de SII .....	38
Figura 16: Associação de urgência evacuatória com os subtipos clínicos de SII ....	38
Figura 17: Associação de sangue nas fezes com os subtipos clínicos de SII .....	39
Figura 18: Associação de distensão abdominal com os subtipos clínicos de SII ....	39
Figura 19: Distribuição quanto à perda de peso no último ano .....	40
Figura 20: Distribuição quanto ao apetite no último ano .....	40
Figura 21: Prevalência de dor abdominal na infância .....	41
Figura 22: Prevalência de consultas médicas, devido aos sintomas .....	41
Figura 23: Distribuição quanto à interrupção das atividades no último ano, devido aos sintomas .....	42
Figura 24: Distribuição quanto ao alívio da dor com a evacuação .....	42

Figura 25: Relação entre gênero e realização de consultas médicas, devido aos sintomas, no último ano .....	43
Figura 26: Relação de interrupção das atividades, no último ano, com os subtipos clínicos de SII .....	43
Figura 27: Prevalência de recorrência da dor .....	44
Figura 28: Distribuição de intensidade da dor e gênero .....	44
Figura 29: Distribuição de intensidade da dor quanto ao subtipo clínico de SII .....	45
Figura 30: Distribuição de gênero quanto aos subtipos clínicos de SII .....	45

## 1- INTRODUÇÃO

Os distúrbios gastrointestinais funcionais vêm ganhando importância clínica e econômica por representarem um problema de saúde pública, com impacto na produtividade, economia, sistema público e privado de saúde e qualidade de vida dos pacientes (DROSSMAN; DUMITRASCU, 2006).

As doenças chamadas funcionais configuram um grupo de condições caracterizado por sintomas gastrointestinais recorrentes e que não possuem alterações orgânicas ou bioquímicas passíveis de identificação pelos testes atualmente disponíveis (ibid.).

Os distúrbios funcionais são responsáveis por 50% dos atendimentos médicos realizados em gastroenterologia, sendo a Síndrome do Intestino Irritável (SII) – entidade caracterizada, clinicamente, por dor ou desconforto abdominal, associada à alteração do hábito intestinal, a mais frequente (DE SCHRYVER; SAMSOM, 2000).

A prevalência desta síndrome na população geral ainda é muito subestimada e mal quantificada, pois é sabido que 70% a 90% da população que apresenta os sintomas não procura assistência médica (DAMIÃO; SIPAHI; MORAES FILHO, 2010).

É doença de caráter universal que acomete indivíduos dos 15 aos 65 anos, com diminuição da frequência de notificações entre indivíduos mais idosos (WGO, 2009). Tem maior prevalência no ocidente com acometimento de 20% da população, especialmente adultos, mulheres, pessoas de baixa renda e de menor nível educacional (JOHANSON; SONNEMBERG; KOCH, 1989).

Em razão de suas características de cronicidade e recorrência, bem como o grande número de indivíduos acometidos, determina forte demanda nos serviços de saúde (DROSSMAN; WHITEHEAD; CAMILLERI, 1997). Assim, o impacto econômico da SII é preocupante, envolvendo tanto custos diretos como indiretos. Os diretos caracterizados por consultas médicas repetidas e tratamento de curso prolongado com utilização dos mais diversos medicamentos para o manejo dos sintomas. Os indiretos referentes aos exames subsidiários, tanto de baixa como de alta complexidade; assim como o absenteísmo a ela relacionado (WGO, 2009).

Além destes, destacam-se o impacto na diminuição da produtividade no trabalho e na escola, bem como prejuízo no convívio familiar e social, contribuindo, desta forma, para a diminuição na qualidade de vida das pessoas acometidas por esta doença (OBERNDORFF et al., 2004).

Tal diminuição da qualidade de vida é representada por transtornos nos relacionamentos interpessoais, alterações de ordem psicológica, distúrbios do sono, irritabilidade, mudanças no estilo de vida, preocupação com a dieta e limitações da atividade sexual (DAMIÃO; SIPAHI, 2002). Logo, as repercussões da SII, afetam sobremaneira o bem estar dos indivíduos acometidos (DAMIÃO; SIPAHI; MORAES FILHO, 2010).

Nos Estados Unidos, foi estimado que o impacto financeiro da SII seria de 25 bilhões de dólares por ano, decorrentes de custos diretos com o sistema de saúde e indiretos em função do absenteísmo (TALLEY et al., 1995; CAMILLIERI, 2001). Na Alemanha, as despesas médicas causadas pela síndrome também são consideráveis, pois os acometidos faltam três vezes mais ao trabalho que a população geral (DROSSMAN et al., 1993).

É relevante lembrar que, crianças em idade escolar que manifestam sintomas funcionais, como dores abdominais recorrentes, apresentam significativamente, mais faltas escolares e consultas médicas, além de apresentarem mais altos níveis de estresse e depressão, e menores de sucesso acadêmico e conquistas sociais (FALEIROS; MACHADO, 2006).

Visto que os profissionais da saúde, devido à natureza de seu exercício profissional, apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento de distúrbios de natureza psicológica como estresse, ansiedade e depressão (MORO; VALLE; LIMA, 2005); sabendo-se que existe grande associação entre SII e tais condições, é possível que estudantes de medicina, apresentem maior prevalência da doença em comparação à população em geral (AMARAL et al., 2008).

É importante destacar que no Brasil há escassez de estudos de prevalência da SII em adultos jovens (TRISÓGLIO et al., 2010). Também é relevante lembrar que pesquisas revelam que estudantes do curso de medicina estão frequentemente expostos às diversas situações estressantes que podem contribuir para o desenvolvimento de inúmeros processos patológicos, tanto físicos quanto psíquicos (AMARAL et al., 2008).

### 1.1- OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência de SII em internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará.

### 1.2- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os sintomas da SII, necessários para diagnóstico;
- Definir as características dos sintomas apresentados;
- Identificar os subtipos de SII mais frequente nos alunos.

## 2- REVISÃO DA LITERATURA

As doenças funcionais são afecções de natureza clínica caracterizadas por não apresentarem causa orgânica (alteração estrutural) ou bioquímica evidenciáveis, podendo acometer todas as faixas etárias, desde crianças até idosos (HYAMS et al., 2002).

Os distúrbios gastrintestinais funcionais são as condições mais frequentemente observadas na prática da gastroenterologia e compreendem a maior parte dos cuidados primários (DROSSMAN et al., 1999 d).

A SII, que representa a doença funcional intestinal mais frequente, acomete 20% da população, notadamente as mulheres, que são duas vezes mais susceptíveis de serem afetadas que os homens (LONGSTRETH et al., 2006).

Essa síndrome já recebeu outras denominações como: cólon espástico, colite nervosa, colite funcional e cólon irritável. Foi, por muitos anos, atribuída basicamente, a distúrbios emocionais. Tal interpretação permaneceu por mais de cem anos, até o final do século passado (BARON, 2000).

Em 1989, Demling publicou um artigo de revisão intitulado “Cólon Espástico”, definindo a doença como sendo um distúrbio da motilidade propulsiva gerado por fatores emocionais, na presença de predisposições genética ou adquirida (ibid.).

Em, 1990, Sternon, ainda utilizava a denominação “côlon espástico” e definia a síndrome como um distúrbio funcional determinado por estresse emocional e dieta (STERNON, 1991).

Embora somente 30% dos indivíduos acometidos procurem assistência médica, a SII é responsável por 10% das consultas médicas na atenção primária e 29% nos ambulatórios de gastroenterologia (THOMPSON et al., 2000).

Foi verificado, de forma impactante, que existe uma alta proporção de pacientes com a SII em que se observam comorbidades psiquiátricas, notadamente, a ansiedade e a depressão (COLE et al., 2006).

Em virtude da relevância desta doença, o estabelecimento de critérios para a diferenciação entre doença orgânica e funcional é de fundamental importância. Com esta finalidade, diversos consensos foram criados na tentativa de identificar características úteis para o correto diagnóstico clínico (DROSSMAN et al., 2000).

A primeira tentativa de classificar as desordens funcionais foi realizada por Manning et al., em 1978, por meio da aplicação de um questionário a pacientes ambulatoriais, de uma clínica de gastroenterologia, que apresentavam queixas de dor abdominal e mudanças de hábito intestinal. No estudo, observaram que 6 dentre os 15 sintomas abordados no questionário eram comuns aos pacientes com Síndrome do Intestino Irritável. Propuseram o diagnóstico clínico da doença pela presença de sintomas-chaves, conhecidos, até hoje, como Critérios de Manning. Estes foram definidos por: dor abdominal aliviada pela defecação; fezes amolecidas e aumento da frequência evacuatória relacionadas ao aparecimento da dor; distensão abdominal; evacuação com muco e sensação de evacuação incompleta (MANNING et al., 1978).

Em 1984, no XII Congresso Internacional de Gastroenterologia, alguns especialistas em SII perceberam a necessidade do estabelecimento de novos critérios clínicos para o correto diagnóstico desta afecção, no entanto, apenas em 1989, no XIII Congresso Internacional de Gastroenterologia, realizado em Roma, foram, de fato, apresentados os chamados Critérios de Roma I, posteriormente publicados em 1992 (AIRES 2010).

A SII, segundo esses novos critérios, foi definida como a presença, de forma recorrente ou contínua, de dor ou desconforto abdominal, aliviada com a evacuação ou

associada à alteração da frequência das evacuações ou associada à alteração da consistência fecal e/ou dois ou mais dos seguintes sintomas: alteração da frequência das fezes; alteração da consistência das fezes; alterações de defecação como esforço evacuatório, urgência evacuatória, sensação de evacuação incompleta; presença de muco nas fezes; inchaço ou sensação de distensão abdominal (THOMPSON et al., 1992).

Algum tempo depois, este mesmo grupo de especialistas, observando a necessidade de classificar as outras desordens funcionais do trato digestivo, distribuiu as doenças funcionais digestivas em cinco regiões anatômicas e 21 afecções, ou seja, para cada região anatômica existiriam várias desordens funcionais, cada uma com características clínicas específicas (DROSSMAN, 1999b). Desta forma, utilizando revisão da literatura e consensos internacionais, os Critérios de Roma I foram modificados para Roma II, em um segundo encontro naquela cidade, e publicados em 1999 (CHEY et al., 2002).

Segundo os Critérios de Roma II, a SII passou a ser caracterizada pela presença de dor e/ou desconforto abdominal, contínuos ou recorrentes, com no mínimo 12 semanas de evolução, não necessariamente consecutivas, nos últimos 12 meses e que apresentassem pelo menos duas das seguintes características: início associado às mudanças na frequência das evacuações, na consistência ou forma das fezes e; alívio com a evacuação. Outros sintomas reforçam o diagnóstico como: urgência evacuatória, sensação de evacuação incompleta, presença de muco nas fezes e distensão abdominal (THOMPSON et al., 1999).

Deste então, periodicamente, o grupo de especialistas em doenças funcionais reúne-se para estabelecer regras para a definição do diagnóstico de SII, denominados de Critérios de Roma, em razão, desta cidade, ter sediado os encontros anteriores (DROSSMAN, 1999c). Tais critérios têm sido adaptados e modificados, a partir de subsídios científicos recebidos de diferentes partes do mundo, bem como das contribuições de levantamentos, inquéritos e trabalhos realizados (VANNER et al., 1999).

Em 2005, foram elaborados os Critérios de Roma III que foram publicados no ano seguinte. O diagnóstico, baseado nestes novos parâmetros, apresentaria maior valor preditivo positivo com 98% para distinção entre esta síndrome e doença orgânica (JELLEMA et al., 2009).

Assim, a classificação baseada nos Critérios de Roma permitiu, do ponto de vista clínico, a caracterização de um perfil para estas doenças, e assegurou aos pacientes a presença

de uma doença real e não apenas sintomas que resultavam em investigações negativas. Sob a ótica da epidemiologia, a classificação tornou os estudos que adotam estas definições possíveis de serem comparados (DROSSMAN et al., 2000).

Segundo os Critérios de Roma III, as desordens gastrintestinais funcionais são classificadas em quatro grandes categorias em adultos: esofágicas (categoria A), gastroduodenal (categoria B), intestinal (categoria C), síndrome da dor abdominal funcional (categoria D), biliar (categoria E), e anorretal (categoria F). As desordens que acometem populações pediátricas são classificadas por faixa etária em recém-nascido/criança (categorias G) e crianças/adolescentes (categoria H) (DROSSMAN, 2006).

Cada categoria contém várias desordens, cada uma com características clínicas específicas. Assim, os distúrbios intestinais funcionais (categoria C) incluem SII (subcategoria C1), distensão abdominal funcional (subcategoria C2), constipação funcional (subcategoria C3) e diarreia funcional (subcategoria C4). Embora, os sintomas de cada subcategoria possam se sobrepor, como no caso SII (diarreia, constipação, distensão abdominal, e dor abdominal), a SII é definida como dor associada à mudança do hábito intestinal, e esta é distinta, por exemplo, da diarreia funcional, caracterizada por fezes amolecidas, porém, sem distensão ou dor abdominal. Cada condição possui diferentes abordagens diagnósticas e terapêuticas (ibid.).

Atualmente, considerando o Roma III, a SII é enquadrada pela classificação em C1 e definida como presença de dor ou desconforto abdominal, por pelo menos três dias por mês nos últimos três meses, com início, no mínimo há seis meses, acompanhada de pelo menos duas das seguintes características: alteração no ritmo intestinal, modificação da consistência fecal e alívio com a evacuação (LONGSTRETH et al., 2006).

O diagnóstico se apóia em dados positivos da história clínica com a realização de pouco ou nenhum exame complementar e na resposta terapêutica positiva. É essencial, a exclusão de doenças orgânicas pela identificação de sinais de alarme. Estes incluem: idade superior a 50 anos, antecedentes familiares de doença inflamatória intestinal ou neoplasia de cólon, sintomas noturnos que acordam o paciente, alteração súbita na sintomatologia, emagrecimento, febre, diarreia refratária, sangramentos, alterações ao exame físico como hipocromia, icterícia e massa abdominal. Exames laboratoriais, se existentes, demonstrando anemia, hiperbilirrubinemia e hipoalbuminemia (OLDEN, 2002).



As manifestações clínicas são muito variáveis e heterogêneas, podendo haver associação de diferentes sintomas. A síndrome pode se apresentar sob a forma diarréica, que consiste em diminuição da consistência fecal e aumento do número de evacuações, em geral matinal, após o desjejum. Ocasionalmente, há muco nas fezes. Frequentemente, o reflexo para evacuar obriga o doente a fazê-lo com urgência, no entanto, não há estímulos noturnos que façam com que o paciente acorde para defecar (DROSSMAN, 2005b).

Antagonicamente, a forma constipante se manifesta com diminuição do número de evacuações e aumento da consistência das fezes, podendo ser observados esforço evacuatório e sensação de evacuação incompleta (ibid.)

A clínica diarréica corresponde a, aproximadamente, um terço dos casos e acomete mais homens, enquanto a constipante é mais comum em mulheres, englobando também um terço dos casos. A síndrome mista ou de padrão cíclico corresponde de um terço a quase metade dos casos de SII. É importante lembrar que, os pacientes, frequentemente, migram de um subtipo para outro (WGO, 2009).

No sentido de referir a característica fecal, foi elaborada a Escala de Bristol que classifica as fezes segundo forma e consistência, em sete tipos. O Tipo I corresponde às fezes representadas por caroços duros e separados, com aparência semelhante a nozes, este é o tipo que permaneceu por maior tempo no cólon, sendo de consistência dura e de difícil eliminação, exigindo intenso esforço evacuatório. O Tipo II corresponde a caroços unidos, com o formato de salsicha. O Tipo III diz respeito a fezes em formato de salsicha, mas com superfície rachada. O Tipo IV são fezes lisas e suaves, com formato de salsicha ou serpente. Os tipos III e, principalmente, o IV são os ideais. O Tipo V apresenta-se sob pedaços, com bordas bem definidas, O Tipo VI são peças esponjosas, com bordas irregulares, de aspecto pastoso. O Tipo VII corresponde a fezes aquosas, que permaneceram menor tempo no cólon. Estes dois últimos tipos geralmente são acompanhados de urgência evacuatória (LEWIS; HEATON, 1997).

Segundo os Critérios de Roma III, os subtipos de apresentação são definidos pela forma e consistência das fezes, segundo a Escala de Bristol. Desta forma, se mais de 25% das evacuações corresponderem aos tipos 1 ou 2 se considera que o paciente possui SII com constipação. Caso mais de 25% das evacuações corresponderem aos tipos 6 ou 7 se considera

SII como diarréica. Finalmente, se mais de 25% de ambas (tanto 1 ou 2, como 6 ou 7), se estabelece o diagnóstico do subtipo misto (DROSSMAN et al., 2005b).

O espectro de gravidade é muito diverso, variando desde pacientes com apresentação leve da doença até outros com manifestações incapacitantes. Trabalhos publicados demonstram, felizmente, uma prevalência de aproximadamente 75% de sintomas leves, 20% de moderados e apenas 5% de sintomas graves (DROSSMAN; THOMPSON, 1992).

Os sintomas das desordens gastrintestinais funcionais são resultantes da combinação de vários determinantes fisiológicos, como: função motora aumentada, hipersensibilidade visceral, alteração da função imunológica e inflamatória da mucosa, que inclui mudança da flora bacteriana, e alteração do sistema nervoso entérico (DUNLOP et al., 2003).

Os mecanismos fisiopatogênicos desencadeantes da SII, embora bastante estudados, permanecem incertos, devido às diversas variáveis que podem estar envolvidas. Atualmente, é mais aceito que uma desordem neurobiológica, afetando mecanismos autonômicos, neuroendócrino e da dor, sejam responsáveis pelas alterações da motilidade e sensibilidade intestinal (WGO, 2009).

Há evidências de alterações da motilidade gastrintestinal, através de estudos que relatam trânsito gastrintestinal lento, motilidade reduzida e contrações de propagação de alta amplitude, na SII, com predomínio de constipação (BASSOTTI et al., 2003) Já na SII, com predomínio de diarréia, as evidências indicam aceleração do trânsito e aumento da motilidade intestinal (CHEY et al., 2001). Há estudos que sugerem que aproximadamente dois terços dos pacientes com SII possuem maior sensibilidade visceral a eventos intraluminais, sendo maior nos indivíduos com apresentação da doença do tipo diarréico. Essa diferença pode ser atribuída a fatores genéticos (HOUGHTON, 2001).

As alterações das funções gastrintestinais tais como sensibilidade visceral, atividade secretória e motilidade têm sido associadas a alterações do eixo cérebro-intestinal (MAYER, 2000). Isto resulta na participação de vários neurotransmissores como acetilcolina, serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT), substância P, peptídeo intestinal vasoativo (VIP), calcitonina gene-peptídeo relacionado (CGRP) (KILKENS, et al., 2004). Dentre esses, a serotonina desempenha importante papel na motilidade e hipersensibilidade visceral e tem sido destacada como agente primário no mecanismo dos sintomas (PONTI; TONINI, 2001).

O 5-HT<sub>3</sub> é um receptor de serotonina composto por cinco subunidades. É um importante mediador da ação da 5-HT, e foi demonstrado que possui um papel fundamental na função sensorial e motora do intestino (GERSHON, 2005). No trato gastrointestinal, os receptores 5-HT<sub>3</sub> estão localizados em terminais nervosos periféricos vagais e espinhais primários aferentes que inervam o intestino, nos neurônios mioentéricos e submucosos. Esses receptores também já foram descritos na medula espinhal e por todo o cérebro, principalmente, nas regiões límbica e cortical.

O alosetron, antagonista do receptor 5-HT<sub>3</sub>, é eficaz no manejo da SII forma diarreica, sendo sua ação atribuída à supressão dos efeitos sobre a motilidade e secreção nos receptores do trato gastrintestinal. Seu efeito sobre a diminuição da dor abdominal é atribuído por sua interação com os receptores na medula espinhal e no cérebro. Porém, nem todos os pacientes respondem bem a esta droga, principalmente os homens. Este fato pode ser explicado pela variabilidade genética dos genes 5-HT<sub>3</sub>. Até o momento, cinco subunidades foram isoladas: HTR3A, HTR3B, HTR3C, HTR3D e HTR3E (NIESLER et al., 2003).

Uma das teorias que tentam explicar a fisiopatologia desta síndrome é a microinflamação, que consiste em uma provável alteração nos receptores nociceptivos da mucosa intestinal, devido inflamação de sua parede (BERCIK; VERDU; COLLINS, 2005). Em alguns pacientes, principalmente naqueles com apresentação diarreica, têm se demonstrado um aumento quantitativo da celularidade na lâmina própria, assim como das células enteroendócrinas, dos mastócitos da parede intestinal, dos linfócitos CD3 e dos intra-epiteliais CD8. A liberação de histamina e serotonina, por algumas destas células, poderia estar envolvida na gênese das alterações motoras, no aumento da sensibilidade e, conseqüentemente, no aparecimento dos sintomas (MEARIN; PERELLO; BALBOA, 2007).

Essa alteração parece estar relacionada à ativação mastocitária, diante de um evento estressor agudo ou crônico. Os mastócitos participam da regulação intestinal, da motilidade e da sensibilidade visceral e possuem função de barreira da mucosa (SANTOS J; et al.,2005). Em pacientes com SII, foram descritos aumento das células e produtos mastocitários, no íleo terminal e cólon distal (STANGHELLINI et al., 2004).

A interação mastocitária com terminações nervosas entéricas tem sido demonstrada na mucosa gastrintestinal, fornecendo substrato físico para a comunicação bidirecional entre

sistema nervoso central e os intestinos. Logo, eventos estressores podem influenciar a fisiologia gastrointestinal (GUILARTE et al., 2007).

Fatores genéticos podem predispor alguns indivíduos a desenvolver distúrbios gastrintestinais funcionais que associados aos fatores ambientais, contribuem para a expressão gênica. Esses fatores genéticos podem desempenhar papéis em várias vias, incluindo baixos níveis de Interleucina 10 A, conhecida citocina antiinflamatória. Em alguns pacientes com SII, a sensibilidade da mucosa está aumentada, devido alterações na recaptção da serotonina, por polimorfismos no transportador, afetando os níveis deste neurotransmissor (CHADWIK et al., 2002).

Estudos em familiares fornecem fortes evidências de fatores hereditários na gênese de distúrbios intestinais funcionais, com aumento da taxa de concordância em gêmeos monozigóticos em comparação com dizigóticos (BENGTSON, et al., 2006).

Uma promissora área de pesquisa é o estudo das anormalidades genéticas relacionadas com o sistema nervoso central, como o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal liberador de corticotropina, ou as ligações, comumente observadas, entre SII e outras comorbidades, como transtornos do estresse, depressão e ansiedade. Comprovadamente, os polimorfismos do transportador de serotonina têm efeitos sobre distúrbios do humor, levando a pensar que possa existir uma ligação genética entre doenças cerebrais e intestinais funcionais, como a SII (DINAN et al., 2006).

Hipersensibilidade visceral pode explicar a associação de dor com a motilidade do trato gastrointestinal em muitos distúrbios funcionais (DELGADO; CAMILLERI, 2005). Nesses casos, testes com insuflação de balão na luz intestinal produzem dor, devido distensão intestinal (hipersensibilidade visceral) ou sensibilidade aumentada à função intestinal normal, podendo haver aumento na área de transferência somática de hipersensibilidade da dor visceral (MUNAKATA et al., 1997).

Esse processo pode estar aumentado em pacientes com distúrbios gastrintestinais funcionais em um processo denominado sensibilização ou hiperalgesia (ibid.). Isto pode ocorrer por meio da sensibilidade alterada do receptor na mucosa intestinal e no plexo mioentérico, os quais podem ser ativados por inflamação na mucosa, degranulação mastocitária próxima às terminações nervosas entéricas e maior ação da serotonina, possivelmente reforçados pelo ambiente bacteriano ou por infecção (BARBARA et al., 2004).

Em 2009, no Ambulatório de Fisiologia Anal do Hospital Universitário de Taubaté, foram realizadas 54 manometrias anais em pacientes com diagnóstico de SII. Os resultados chamaram à atenção para a presença de dor abdominal, algumas vezes acompanhada de dor retal, em 69,2 % dos pacientes, no momento em que se insuflava o balão para aferição do volume máximo tolerável e remissão sintomática quando da desinsuflação do balão. Este achado sugere sinais de hipersensibilidade visceral nos pacientes com SII (CESAR; OLIVEIRA, 2009).

Por quase 15 anos, pesquisadores propuseram que o aumento da inflamação na mucosa intestinal ou próxima ao plexo neural poderia contribuir para o desenvolvimento dos sintomas (COLLINS, 1992). Há pouco tempo foi reconhecido que, cerca da metade dos pacientes com SII, tem aumento da atividade de células inflamatórias na mucosa intestinal (CHADWICK et al., 2002). Essa informação parece se relacionar com outras observações clínicas de que, aproximadamente, um terço dos pacientes com SII tiveram sintomas iniciados após uma infecção aguda entérica. Além disso, 25% dos pacientes com infecção aguda entérica vão continuar a apresentar sintomas SII-like, pois a mucosa destes indivíduos possui aumento da expressão de citocinas e células inflamatórias. É provável que a inflamação da mucosa possa, pelo menos em parte, ser um determinante da hipersensibilidade visceral (MEARIN; PERELLO; BALBOA, 2007).

As interações do sistema nervoso entérico e o sistema nervoso central permitem fluxos de entrada bidirecional entre os centros superior cerebrais e o sistema entérico, portanto, os centros emocionais e cognitivos do cérebro têm ligações com o funcionamento do trato gastrointestinal e vice-versa. Assim, fatores extrínsecos como odor e visão ou intrínsecos como emoção e pensamento, podem afetar as funções de sensibilidade, motilidade, secreção e inflamação do trato gastrointestinal (SVENSSON, 1987). Por outro lado, comunicações aferentes cerebrais fazem com que eventos viscerais afetem, reciprocamente, o sistema nervoso central, alterando a percepção de dor, o humor e o comportamento. Em pacientes com SII, o aumento da ansiedade e da excitação está associado com aumento da hipersensibilidade visceral e atividade autonômica (MURRAY et al., 2004).

O papel de eventos estressores é bem conhecido nos pacientes com distúrbios gastrointestinais funcionais (PAASSON; DROSSMAN, 2005). Estudos clínicos e epidemiológicos indicam que na SII com predomínio de diarreia, a intensidade dos sintomas e o tempo de duração, dependem, em grande parte dos casos, da presença de estresse crônico

(TALLEY; SPILLER, 2002) De fato, o estresse altera a motilidade intestinal, aumenta a percepção visceral, reativa a inflamação da mucosa do intestino e perturba a função do epitélio (SANTOS et al., 2004).

Embora os fatores psicossociais não sejam critérios para definição de distúrbios gastrintestinais funcionais, são moduladores do comportamento e das vivências do paciente, contribuindo para o resultado clínico. Pesquisas sobre a influência dos aspectos psicossociais nos pacientes com distúrbios funcionais resultaram em duas observações gerais: (1) estresse psicológico agrava os sintomas gastrintestinais, mesmo que sabidamente o estresse psicológico afete a função gastrintestinal e produza sintomas em indivíduos saudáveis, em pacientes com distúrbios gastrintestinais funcionais a intensidade é maior; (2) fatores psicossociais modificam o curso da doença, como preocupação com a saúde (DROSSMAN, 2006).

Em indivíduos saudáveis, emoções fortes ou stress ambiental podem levar ao aumento da motilidade do esôfago, estômago, intestino delgado e cólon (PARKMAN; HASLER; FISHER, 2004). Nos distúrbios gastrintestinais funcionais, no entanto, essa resposta ao estresse psicológico ou fisiológico é traduzida em aumento da motilidade ainda maior quando comparada com indivíduos saudáveis (DROSSMAN et al., 2002). Essa resposta motora é parcialmente correlacionada com sintomas intestinais, como diarreia, vômito e constipação, mas não são suficientes para explicar a ocorrência de dor abdominal crônica e recorrente (DROSSMAN 2006).

Os referidos fatores podem ser reduzidos por habilidades adaptativas de enfrentamento e apoio social, por meio da resposta psicossocial da família, da sociedade e mesmo cultural. Qualquer doença de caráter crônico tem conseqüências psicossociais, afetando o bem estar geral, exigindo necessidade de controle dos sintomas e funcionalidade no trabalho e em casa, inquestionavelmente afetando a qualidade de vida do indivíduo (DROSSMAN, 2006).

É fundamental a realização de exame físico global, que, na maioria das vezes, é normal ou com achados leves como: dor em fossa ilíaca esquerda, sigmóide palpável, timpanismo e ruídos hidroaéreos aumentados. O exame retal tem boa indicação com o objetivo de descartar doença retal ou função anormal do esfíncter anorretal, os quais podem contribuir para o sintoma de constipação (MORAES FILHO, 2010).

O diagnóstico diferencial com doenças orgânicas deve sempre ser feito, destacando-se mais uma vez, o importante papel da história clínica e dos critérios diagnóstico de Roma III. Os principais diagnósticos diferenciais são feitos com: síndrome de má absorção, intolerância a lactose, intolerância a determinados alimentos, doença inflamatória intestinal, neoplasias, síndrome da diarreia funcional, síndrome da dor funcional, doença celíaca e transtornos psiquiátricos (DROSSMAN et al., 2000).

Com o objetivo de evitar o uso excessivo de recursos diagnóstico para uma entidade de caráter funcional, os exames de maior complexidade ou específicos como colonoscopia, prova de absorção de lactose e outros, devem ser solicitados quando presentes os sinais de alarme e o diagnóstico diferencial seja imperioso (WGO, 2009).

Em consultas pediátricas em geral, a dor abdominal recorrente representa queixa freqüente, responsável por 4% das consultas, tendo a prevalência constatada em escolares variando de 7 a 25% (HYAMS et al., 1996).

Na SII muitos sintomas digestivos ou extra-digestivos podem estar associados. Entre os primeiros destacam-se as queixas dispépticas, presentes em até 30% dos casos, além da intolerância inespecífica a determinados alimentos (SVEDLUND et al., 1985; NANDA et al., 1989). Esses achados podem ser explicados pela concomitância de mais de uma doença funcional, com alterações funcionais em outros órgãos como esôfago e estômago (SOOD et al., 1993). Já entre os segundos, destacam-se queixas extra-intestinais como cefaléia, ansiedade, depressão, fibromialgia, síndrome da fadiga crônica, alterações do sono, distúrbios somatoformes, entre outros (BARTON et al., 1999).

Segundo Weiss (1996) “o abdome é a caixa de ressonância das emoções, por ser o trato gastrointestinal filogeneticamente o mais antigo do corpo, daí ser usado para expressar emoções que não se podem expressar pelas vias regulares”.

Considerando esse aspecto, relatório apresentado pela mesa redonda do IV Encontro Brasileiro de Interconsulta Psiquiátrica e Psiquiatria de Hospital Geral, em Belo Horizonte, sugeriu que cerca de 8% a 10% da população médica seja um grupo de risco para o desenvolvimento de distúrbios emocionais, como depressão, auto-agressão, uso abusivo de álcool, fumo e outras drogas (MARTINS, 1996). Antes da graduação, de forma similar, estudo realizado na Universidade Federal de Goiás com 287 acadêmicos do curso de

medicina, evidenciou prevalência de sintomas depressivos em 26,8% dos alunos (AMARAL et al., 2008).

Esse estudo relacionando ocorrência de sintomas depressivos em grupo de acadêmicos evidenciou alta prevalência de transtornos quando comparados a população em geral, tal achado estaria associado a vários fatores inerentes à escola médica e às situações nela enfrentadas (ibid.).

Outro estudo realizado com 360 estudantes do curso de medicina de uma instituição no noroeste paulista constatou que 71% das mulheres e 31% dos homens já apresentaram os sintomas da SII em algum momento da vida. A taxa de prevalência, mediante preenchimento dos Critérios de Roma III, foi de 35% no período da pesquisa, sendo 55% mulheres e 18% homens. Esta taxa de prevalência é maior que na população em geral. O principal fator implicado na gênese deste distúrbio, segundo os entrevistados, foi a inibição do reflexo gastrocólico (TROSÓGLI et al., 2010).

Estudo epidemiológico, publicado em 2006, acerca de fatores comuns em várias síndromes, constatou que na SII, a prevalência diminui com o aumento da idade e que mulheres são mais acometidas do que os homens, por apresentarem fortes evidências da influência de fatores psicológicos como sintomas somáticos e altos níveis de angústia psicológica, sendo comum a concomitância de outras síndromes funcionais (AGGARWAL et al., 2006).

Um estudo analisando uma população de estudantes nigerianos demonstrou prevalência de 26,1%, enquanto outra investigação realizada naquele mesmo país, entre pacientes ambulatoriais, revelou prevalência de 33% (WGO, 2009).

No Reino Unido, estudo com 580.000 registros médicos em que foram analisados idade, sexo, status socioeconômico e a ocorrência de infecção bacteriana pregressa, revelou a incidência de 4 casos por cem mil habitantes por ano. Destes, o único fator preditivo significativo foi a ocorrência de infecção bacteriana no ano anterior ao diagnóstico. Sugeriu, ainda, que o risco relativo de desenvolvimento da SII após este evento é 11 vezes maior do que para aqueles pacientes sem história pregressa de infecção. Finalmente, concluiu que uma vez adquirida a doença, o seu curso é duradouro, pois a prevalência é vinte vezes maior que a incidência, abrangendo, principalmente, a faixa etária entre 18 e 34 anos (BENNETT et al., 1998).



Quando se refere às doenças funcionais, diagnóstico e tratamento se entrelaçam, pois o diagnóstico feito corretamente já consistiu uma parte do tratamento propriamente dito. Uma boa relação estabelecida entre médico e paciente, a confiança adquirida por este, muitas vezes já atua como remédio eficaz. Um primeiro contato, com anamnese detalhada, valorizando as queixas do paciente, e exame físico minucioso podem exercer grande efeito no desdobramento do tratamento a ser realizado. Por estas razões, quadros de SII leves são muitas vezes resolvidos sem a necessidade de medicamentos (PASSOS, 2006).

Além disso, é de suma importância para a adesão do paciente, sensação de bem-estar e controle dos sintomas, a explicação sobre a natureza funcional da sua doença, o caráter benigno e recorrente, além do prognóstico previsto. Em outros casos, porém, apenas isso não é suficiente e se faz necessária a introdução de medidas complementares que vão variar em função do quadro clínico predominante, se dor, constipação, diarreia ou entrelaçamento destes (MACHADO, 2008).

Dessa forma, a abordagem terapêutica da SII deve ser individualizada envolvendo, modificações de hábitos, orientação alimentar, medicamentos antidiarreicos ou laxativos, antiespasmódicos, apoio psicológico e, se necessário medicamentos antidepressivos (DE SCHRYVER; SAMSOM, 2000).

No que concerne a mudança de hábitos, a atividade física possui importante papel, pois além de liberar a tensão emocional e interferir na motilidade gastrointestinal, é particularmente, importante na forma constipante da síndrome. A realização de simples caminhadas podem aliviar distensão abdominal ou flatulência (CHEHTER et al., 2010).

Não é raro nos pacientes com SII, a presença de intolerância a certos alimentos e bebidas como repolho, rabanete, café, álcool, fumo, adoçantes artificiais, goma de mascar, gordura, refrigerantes e leite. Nestes casos, a dieta deve ser de exclusão, ou seja, individualizada e os alimentos considerados intoleráveis evitados (DAMIÃO; SIPAHI; MORAES FILHO, 2010).

Nos casos em que a constipação intestinal for a manifestação predominante, o primeiro passo é reforçar o conteúdo de fibras da dieta, com a recomendação para ingestão diária de 25 a 30 gramas. A introdução deve ser feita de maneira progressiva, em doses crescentes, pois tal volume, se acrescentado de forma repentina, poderá ocasionar distensão e

flatulência acentuadas – efeitos indesejáveis, principalmente no paciente que já possui exacerbação da sensibilidade visceral (MACHADO, 2008 ; CHEHTER et al., 2010).

Caso não ocorra resposta satisfatória com a introdução de fibras ou estas não sejam bem toleradas pelo paciente, uma segunda opção são os produtos denominados formadores do bolo fecal, como plantago, pectina e psillium, disponíveis comercialmente em forma de pó, para dissolução em água. Recomenda-se sua ingestão junto às refeições (MACHADO, 2008).

Outra opção são os agentes osmóticos, tipo lactulose, um dissacarídeo semi-sintético inabsorvível, administrado na posologia de 30 a 45 ml/dia (DAMIÃO; SIPAHI; MORAES FILHO, 2010).

O tegaserode, agonista parcial do receptor de serotonina 5-HT<sub>4</sub>, atua estimulando o reflexo peristáltico e secretório intestinal e, também, modera a sensibilidade visceral, via ativação dos receptores de serotonina tipo 4, através de ligações de alta afinidade, desencadeando a liberação de outros neurotransmissores dos neurônios sensoriais, como o peptídeo gene-relacionado à calcitonina. É indicado para a SII com constipação e, eventualmente, na alternante. Promove regularização do hábito intestinal, diminuição da dor e da distensão abdominal, agindo por efeito procinético e antinociceptivo (CHEHTER et al., 2010).

Por outro lado, na SII com predomínio de diarreia, a droga a ser recomendada inicialmente pode ser a loperamida, um agente opióide. Devido a sua propriedade de não cruzar a barreira hemo-liquórica, possui menos efeitos colaterais em comparação com os similares difenoxilato e codeína. A sua ação consiste no prolongamento do tempo de trânsito intestinal, melhora na absorção de água e eletrólitos e na elevação do tônus do esfíncter anal (WGO, 2009).

Dessa forma, este efeito proporciona aumento na consistência das fezes e diminuição da urgência evacuatória. A loperamida deve ser utilizada na posologia de 2 a 4mg/dia. Também podem ser usados os anticolinérgicos, como diciclomina, hioscina, camilofina e beladona (ibid.).

Relaxantes da musculatura intestinal sem ação colinérgica, como a mebeverina, um derivado da papaverina, têm sido úteis nos casos de reflexo gastrocólico exagerado, por ser

capaz de normalizar a motilidade intestinal. Resultados bastante satisfatórios têm sido observados utilizando a dose de 200mg, duas vezes ao dia (PASSOS, 2006).

Os brometos de pinavério e de octilônio, vem sendo utilizados como antiespasmódico, o primeiro por antagonizar os canais de cálcio na musculatura lisa, com referida efetividade na melhora da dor. O brometo de octilônio, utilizado para o alívio da dor, atua bloqueando os canais de cálcio. Estudos recentes sugerem ser mais eficaz que o placebo na melhora global do paciente (ibid.).

Vários outros fármacos, ainda estão sendo testados com finalidade espasmolítica ou para redução da percepção visceral como os antagonistas seletivos dos receptores muscarínicos M3 como a zamifenacina e darifenacina; antagonistas do receptor NK2 como a neuroquinina 2; drogas que reduzem a percepção visceral como a fedotozina, octreotide, acetato de leuprolide e loxiglumide (AKEHURST; KALTENTHALER, 2001).

A dor abdominal que compõe o terceiro subtipo de sintoma principal na SII é o sintoma mais inoportuno e de tratamento mais resistente, visto que, os fatores psicossociais desempenham importante influência. Para ela, a instituição de dieta rica em fibras é uma medida apenas acessória. Entre os medicamentos, têm se sugerido o uso de agentes antiespasmódicos e anticolinérgicos, usados antes das refeições, pois é sabido que estas, frequentemente, iniciam ou agravam a dor (ibid.).

Quando as medidas acima descritas se mostram ineficazes ou intoleráveis, devido aos efeitos adversos, ou quando se observa nítida associação com depressão ou crises de pânico, uma opção terapêutica crescente são os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina e Fluoxetina. O mecanismo de ação consiste em analgesia central e bloqueio da transmissão da dor do trato gastrointestinal ao cérebro, com efeitos satisfatórios, em tempo mais curto e com a metade da dose utilizada para tratamento de quadros depressivos clássicos (PASSOS, 2006).

Novas drogas, para alívio dos sintomas da síndrome, têm sido testadas, como alosetron e fedotozina, um agonista kapa-opióide (CAMILLERI et al., 1999; DELVAUX et al., 1999), em que ambos se mostraram promissores em ensaios clínicos iniciais (MACHADO, 2008).

É importante destacar a necessidade do apoio psicológico a esses pacientes, visto que, geralmente estes são ansiosos, tensos, depressivos e repletos de “fobias”. O ponto chave da abordagem é fazer com que o paciente reconheça sua disfunção e os fatores envolvidos, de

forma que aprenda a conviver bem com eles. Poucos casos necessitam de tratamento psiquiátrico, mas o encaminhamento a ele não deve ser protelado nos casos indicados. A psicoterapia e técnicas de relaxamento podem ser úteis na abordagem desses pacientes (NEVES NETO, 2001).

Estudo realizado na Universidade de Minas Gerais, com pacientes com diagnóstico de constipação funcional crônica, evidenciou que 42% responderam bem ao tratamento apenas com as medidas de reeducação dietéticas (LACERDA FILHO et al., 2008).

É importante destacar que pessoas portadoras de distúrbios funcionais têm mais fatores psicopatológicos presentes que indivíduos normais ou portadores de doenças físicas ou crônicas (TÓFOLI, 2004).

Em relação ao prognóstico dos pacientes com SII, alguns ficarão assintomáticos, se recuperando completamente, em outros é provável que os sintomas persistam, mas não que piorem. Um estudo mostrou que 38% de pessoas com diagnóstico de SII não apresentavam mais queixas 12 a 20 meses depois. Dentre os fatores que afetam negativamente o prognóstico destacam-se: ansiedade sobre certas patologias médicas, comorbidades psiquiátricas, não adesão ao tratamento, sintomas de SII de longa data e persistência de uma vida cronicamente estressante (WGO, 2009).

Como medidas adotadas pelo médico para afetar positivamente o resultado e melhorar o prognóstico estão: reconhecimento da doença, educar o paciente sobre o que é a SII e tranquilizá-lo sobre a doença, seu caráter benigno e funcional (WGO, 2009).

### **3-CASUÍSTICA E MÉTODO**

#### **3.1-TIPO DE ESTUDO**

Foi realizado um estudo prospectivo e descritivo com os internos voluntários do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, em Belém (PA), matriculados no internato no ano de 2011 no período de 15.05.2011 a 20.06.2011, nos locais de lotação dos grupos, após aprovação de anteprojeto submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa (Anexo A).

### 3.2- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nos locais de lotação dos grupos de internato no Hospital Universitário João de Barros Barreto e Faculdade de Medicina no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da UFPA.

### 3.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Do total de 225 alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará matriculados no internato no ano de 2011 (DERCA/UFPA, 2011) no período da coleta de dados, de 15.05.2011 a 15.06.2011, foi entrevistada uma amostra de 150 alunos (67%), que concordaram em fazer parte do estudo, após aceite registrado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

#### 3.3.1. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo alunos do internato do Curso de Medicina no ano de 2011, independentemente de idade, gênero, raça, fator sócio-econômico, religião e tempo de doença, que aceitaram fazer parte, voluntariamente, do estudo.

#### 3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos aqueles que comprovadamente apresentavam:

- a. Diagnóstico atual de doença orgânica intestinal sob tratamento ou não;
- b. Diagnóstico de doença orgânica intestinal há mais de seis meses, tratada ou não;
- c. Interrupção de terapêutica há menos de seis meses;
- d. Portadores de doenças endocrinológicas;
- e. Portadores de doenças metabólicas.
- f. Preenchimento de forma incompleta ou incorreta do questionário aplicado.

### 3.4. COLETA DOS DADOS

Após explanação pelo investigador, os questionários foram distribuídos, a todos os alunos que concordaram em participar do estudo. O local de coleta foi nas salas antes ou após

as aulas teóricas dos cinco módulos do internato, de forma a abranger todos os internos, com aplicação de, no mínimo 150 questionários, o que corresponde a 67% do total de internos matriculados. Não houve escolha intencional de participantes.

#### **3.4.1. Aplicação de Questionário**

Foi aplicado, pela investigadora, o questionário “The Bowel Disease Questionnaire”, conforme descrito por TALLEY et al. 1990 (Anexo B), traduzido e adaptado por AIRES, 2010 e modificado pelos autores, em que as perguntas referentes ao trato digestivo superior foram retiradas, sendo mantidas apenas as pertinentes ao trato inferior, considerando que a pesquisa em questão é relativa ao trato digestivo inferior (Apêndice A).

A coleta dos dados teve início após aprovação do anteprojeto no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

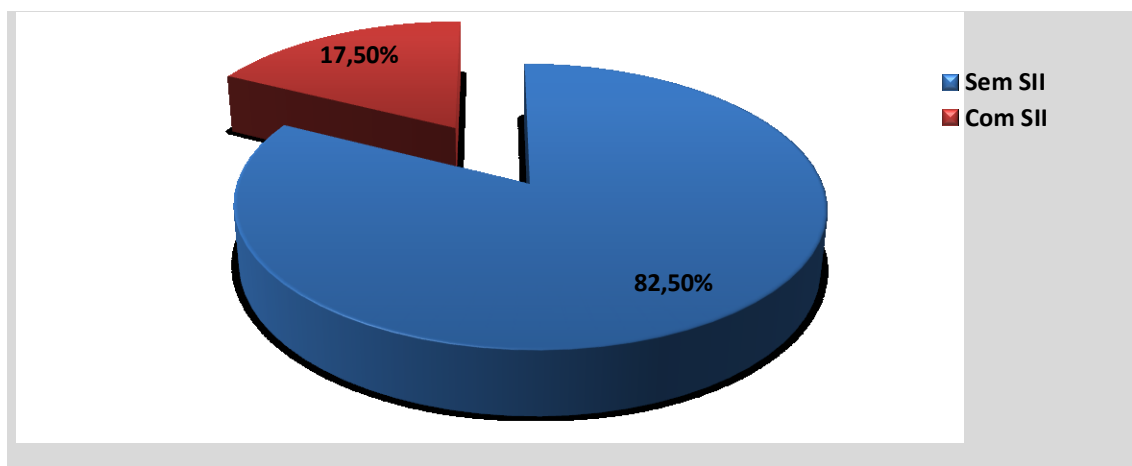
#### **3.2.3. Compilação e análise dos Dados**

Os dados obtidos foram progressivamente lançados no software *Microsoft Access*® e exportados para planilhas do *Microsoft Excel*® para acompanhamento dinâmico do estudo.

## **4- RESULTADOS**

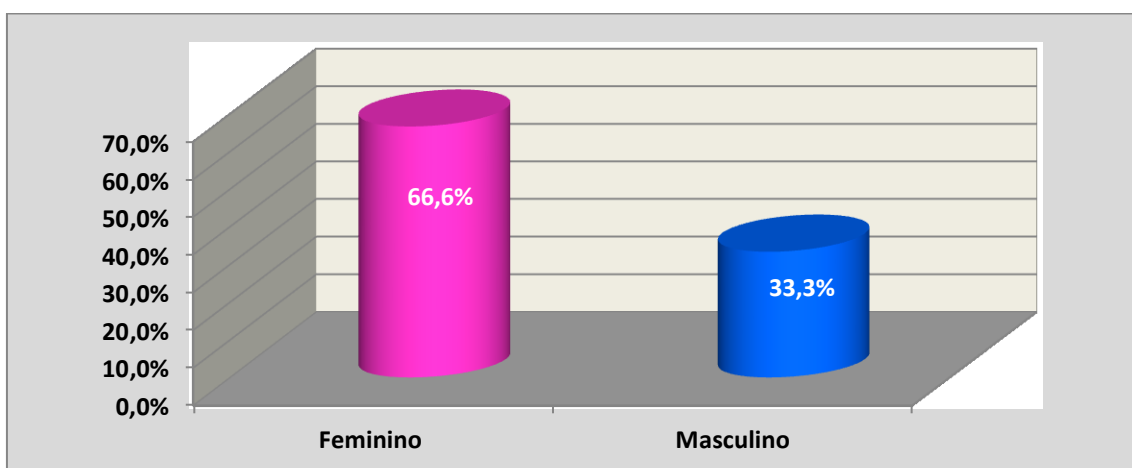
Responderam ao questionário 150 internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, sendo que 30 participantes foram excluídos do estudo, devido: um participante declarou ser portador de úlcera péptica duodenal, 10 participantes não devolveram o questionário completo e 19 participantes preencheram o questionário de forma incorreta. Assim, a casuística final foi de 120 internos, o que corresponde a 53% do total de internos matriculados no período em que foi realizada a coleta de dados.

Quando aplicados os critérios diagnósticos da SII, definidos pelos critérios de Roma III, aos 120 participantes do estudo, 17,5% (21) apresentaram dados positivos que os definem como acometidos pela SII (Figura 1). Destes, 66,6% (14) são do sexo feminino e 33,3% (7) do sexo masculino (figura 2).



Fonte: Protocolo de pesquisa

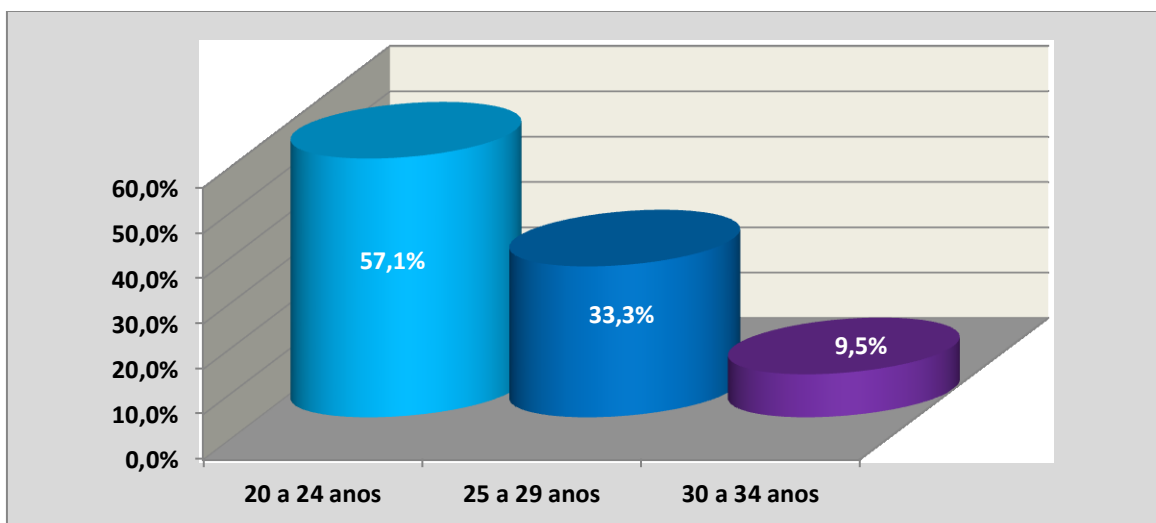
Figura 1: Prevalência de SII, segundo critérios de Roma III.



Fonte: Protocolo de pesquisa

Figura 2: Distribuição dos acometidos por SII quanto ao sexo

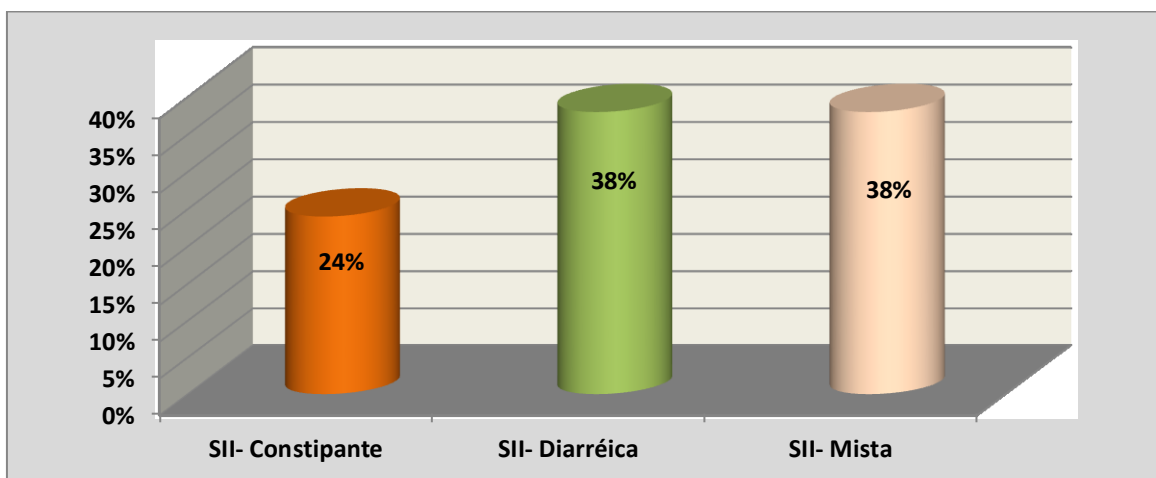
Quanto à faixa etária, 57,1% (12) encontram-se na faixa entre 20 a 24 anos, 33,3% (7) na faixa entre 25 a 29 anos e 9,5% (2) na faixa entre 30 a 34 anos.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 3: Distribuição dos acometidos por SII quanto à faixa etária

Quanto ao tipo de apresentação clínica da síndrome, 24% (5) apresentam dados clínicos da forma constipante, 38% (8) apresentam dados da forma diarréica e, também, 38% (8) da forma alternada entre constipação e diarréia.

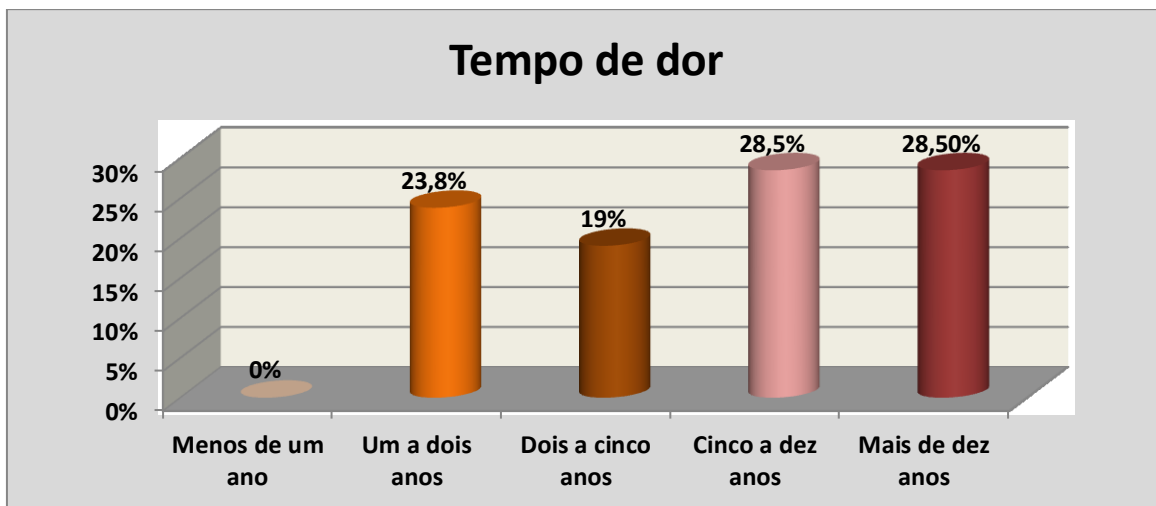


Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 4: Prevalência dos subtipos de SII



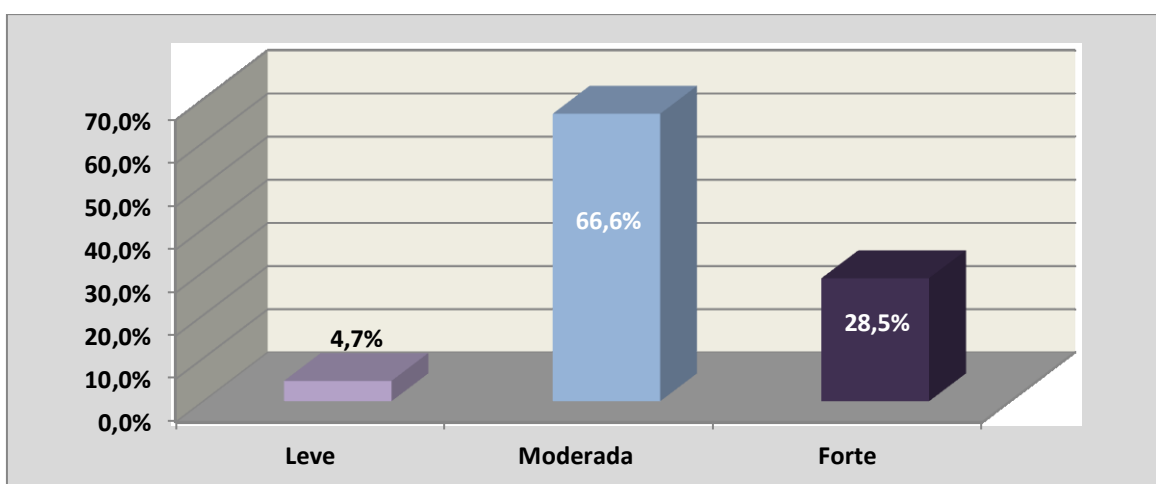
Em relação ao tempo que sentem dor abdominal, 23,8% (5) afirmaram senti-lá entre uma a dois anos, 19% (4) entre dois a cinco anos, 28,5% (6) entre cinco a dez anos e 28,5% (6) referiram sentir há mais de dez anos.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 5: Distribuição quanto ao tempo de apresentação dos sintomas

A intensidade da dor foi classificada como leve em 4,7% (1) dos casos, como moderada em 66,6% (14) e como forte em 28,5% (6)

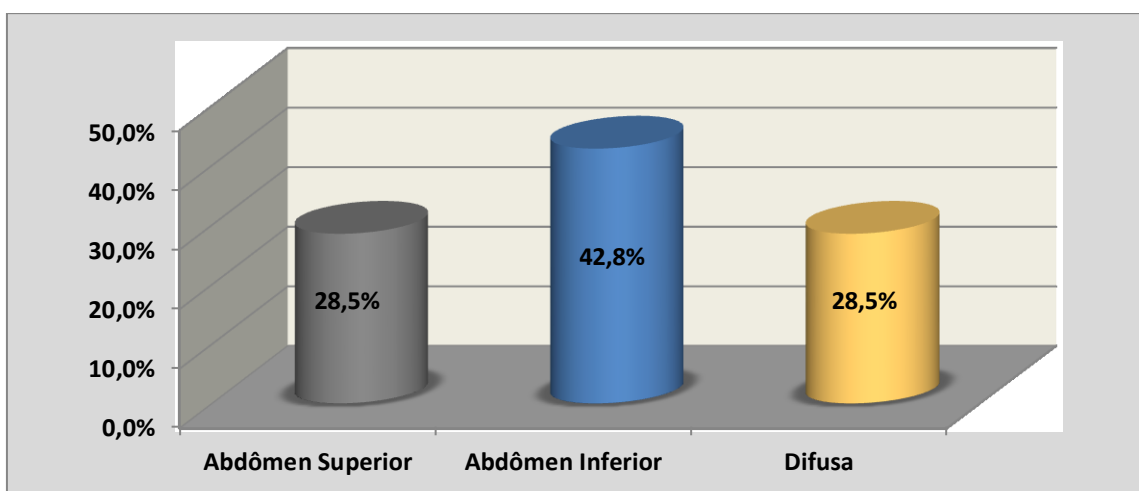


Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 6: Distribuição quanto à intensidade da dor

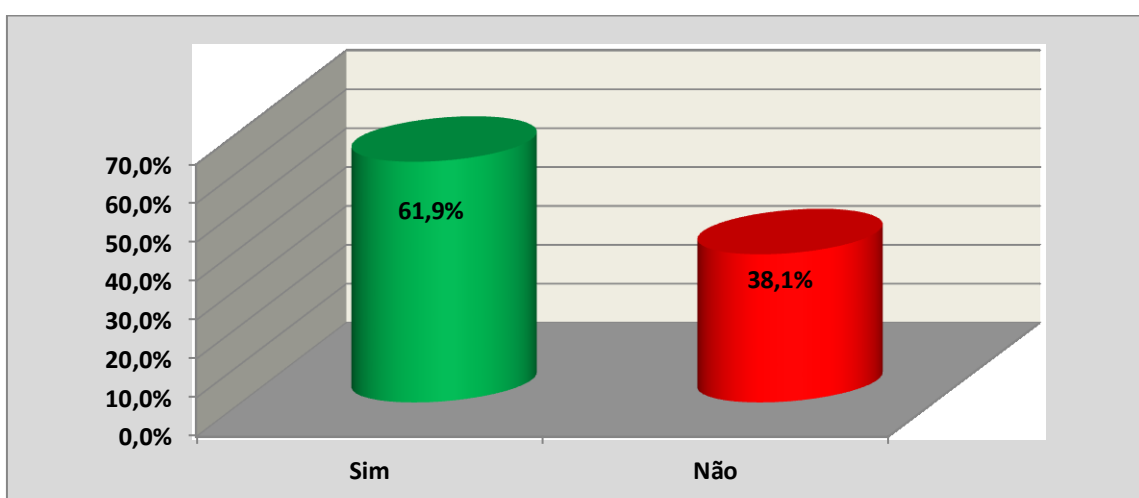
A localização da dor foi predominante em abdômen inferior, com 42,8% (9) referindo esta localização. Não houve diferença entre a localização em abdômen superior com 28,5% (6) e dor difusa em abdômen, também com 28,5% (6) (figura 7).

Na presença da dor, 61,9% (13) afirmaram evacuar mais (figura 8) e 66,6% referiram ter fezes de consistência amolecidas (figura 9).



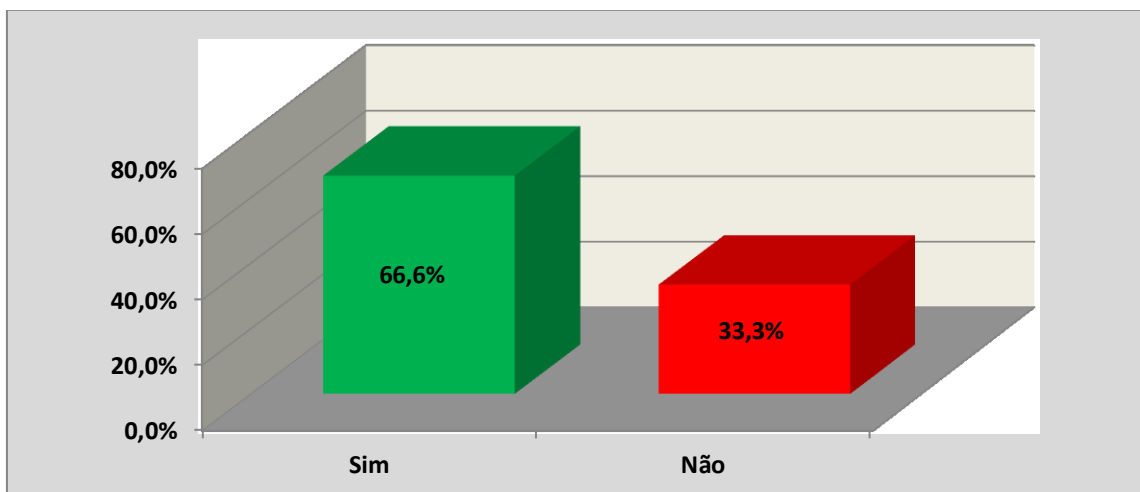
Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 7: Distribuição quanto à localização da dor



Fonte: protocolo de pesquisa

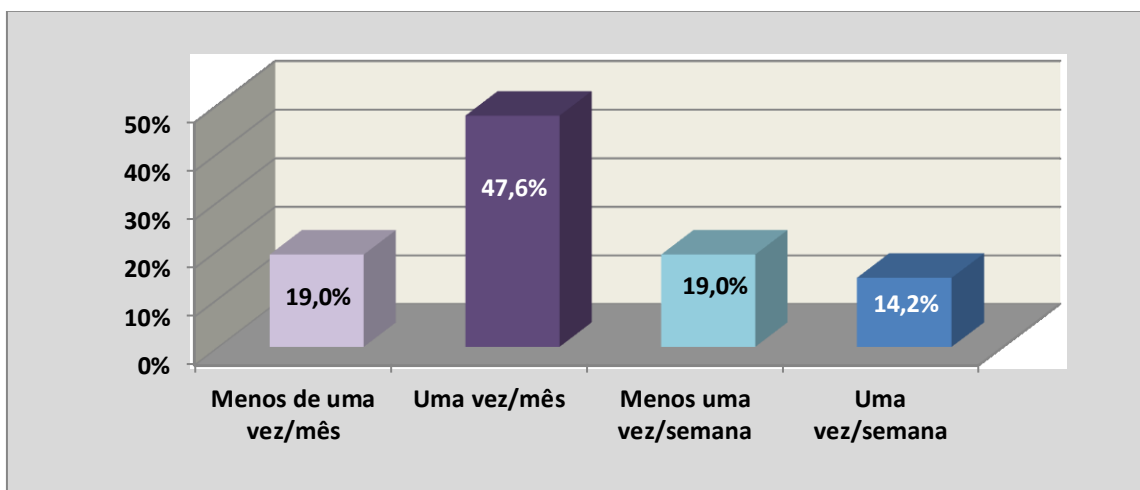
Figura 8: Distribuição quanto ao aumento das evacuações durante os episódios de dor.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 9: Distribuição quanto à ocorrência de fezes amolecidas durante os episódios de dor.

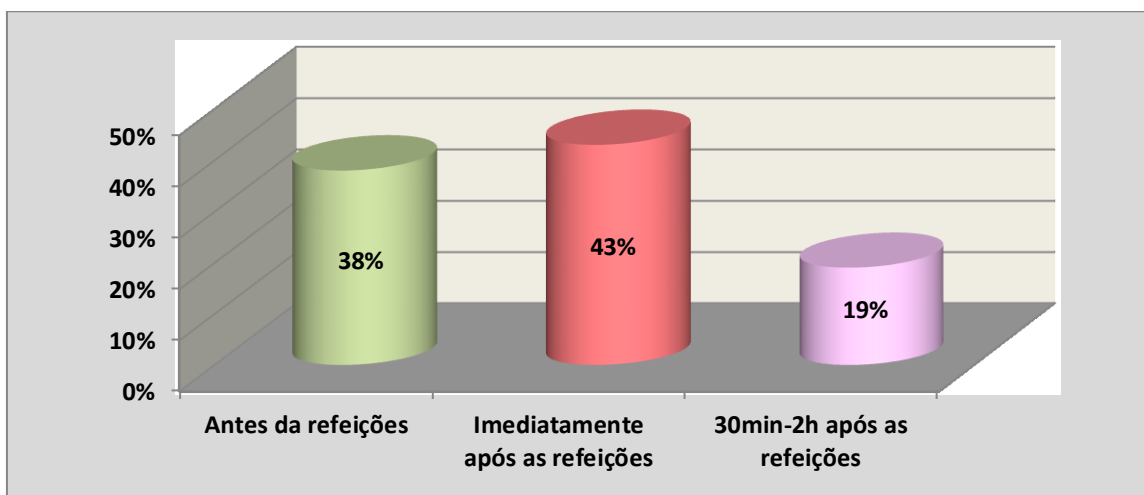
Em relação à frequência de eventos dolorosos no último ano, 42,8% (4) afirmaram sentir menos de uma vez por mês, 47,6% (10) uma vez por mês, 19% (4) uma vez por semana e 14,2% (3) mais de uma vez por semana.



Fonte: protocolo de pesquisa

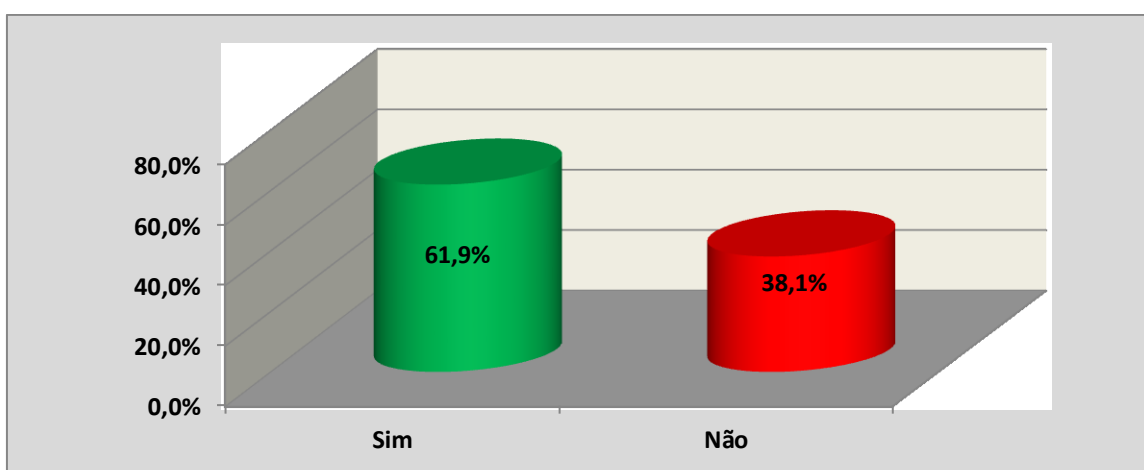
Figura 10: Distribuição quanto à frequência dos episódios de dor abdominal.

A relação do aparecimento da dor com as refeições foi de 42,8% (9) afirmando sentir imediatamente após as refeições, 38% (8) antes das refeições e 19% (4) de trinta minutos a duas horas após as refeições (figura 11). Em relação aos alimentos, 61,9% (13) afirmaram piora da dor após a ingestão de laticínios (figura 12).



Fonte: protocolo de pesquisa

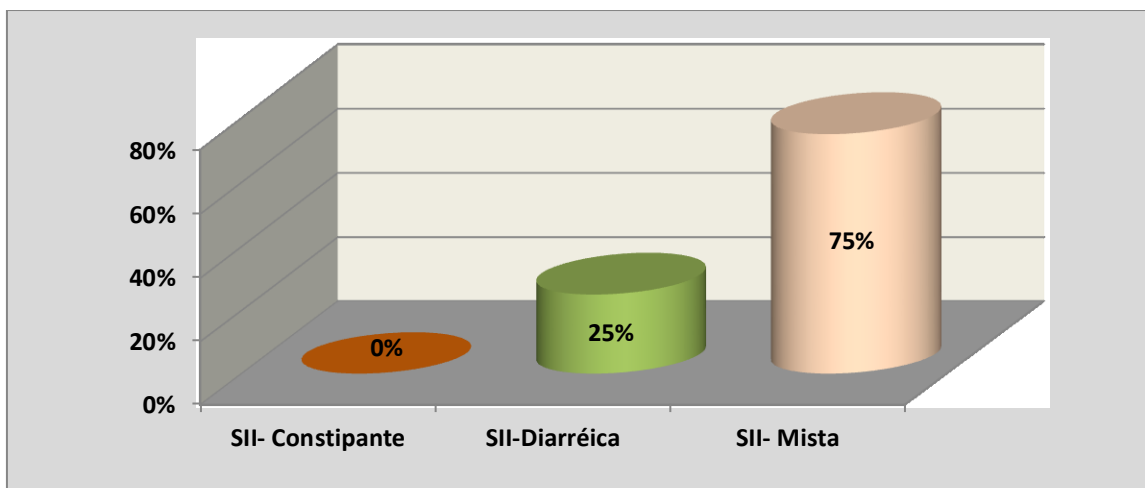
Figura 11: Associação da dor com as refeições.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 12: Associação de piora da dor após ingestão de laticínios.

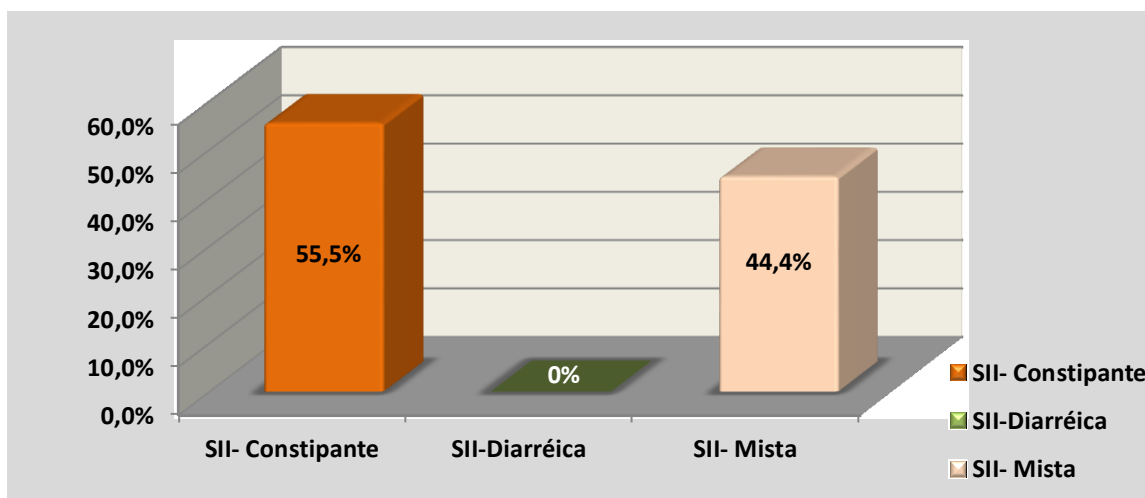
O aparecimento de muco nas fezes ocorreu em apenas 20% dos participantes, sendo 25% em entrevistados que apresentam a forma clínica diarréica e os outros 75% naqueles que apresentam a forma clínica mista.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 13: Prevalência de muco nas fezes, associada aos subtipos clínicos de SII.

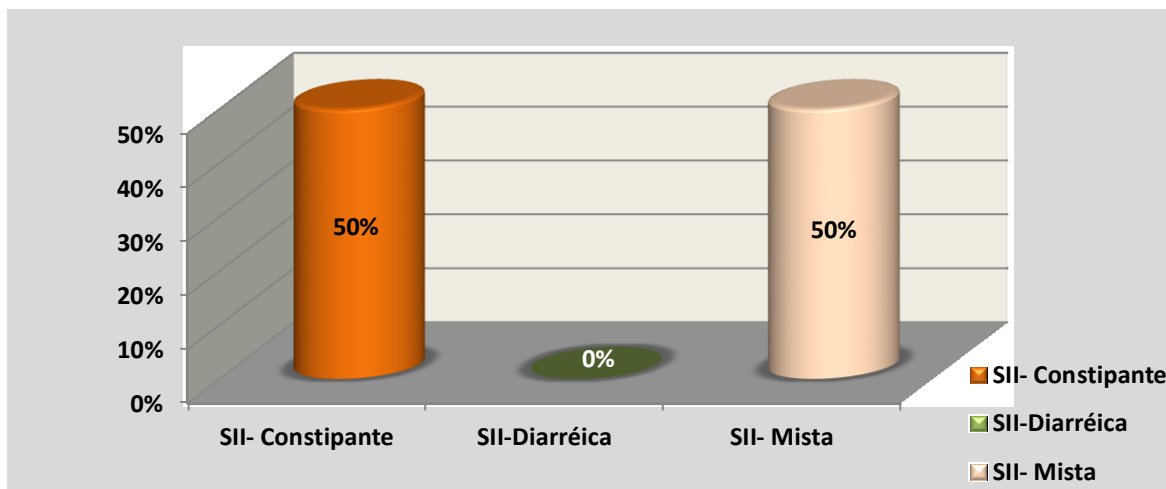
Quanto à presença de esforço evacuatório, 42,8% (9) afirmaram que o apresentam, sendo que destes, 55,5% apresentam a forma clínica constipante, e 44,4% apresentam a forma clínica alternada entre constipação e diarreia



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 14: Prevalência de esforço evacuatório, associada aos subtipos clínicos de SII.

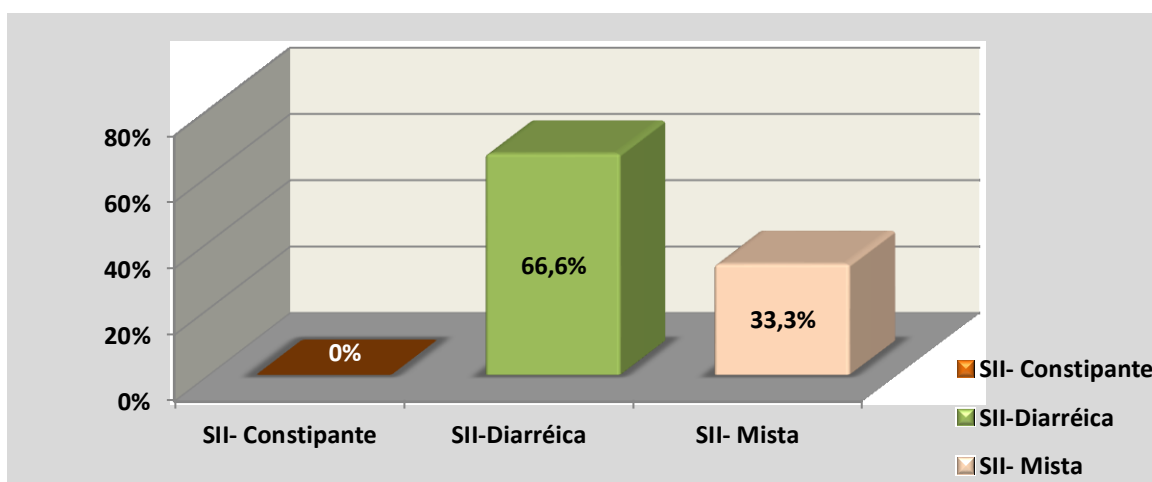
A sensação de evacuação incompleta está presente em 47,6% (10) dos entrevistados, sendo 50% naqueles com forma clínica alternante entre constipação e diarreia e 50% naqueles com apresentação constipante.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 15: Associação de sensação de esvaziamento incompleto com os subtipos clínicos de SII.

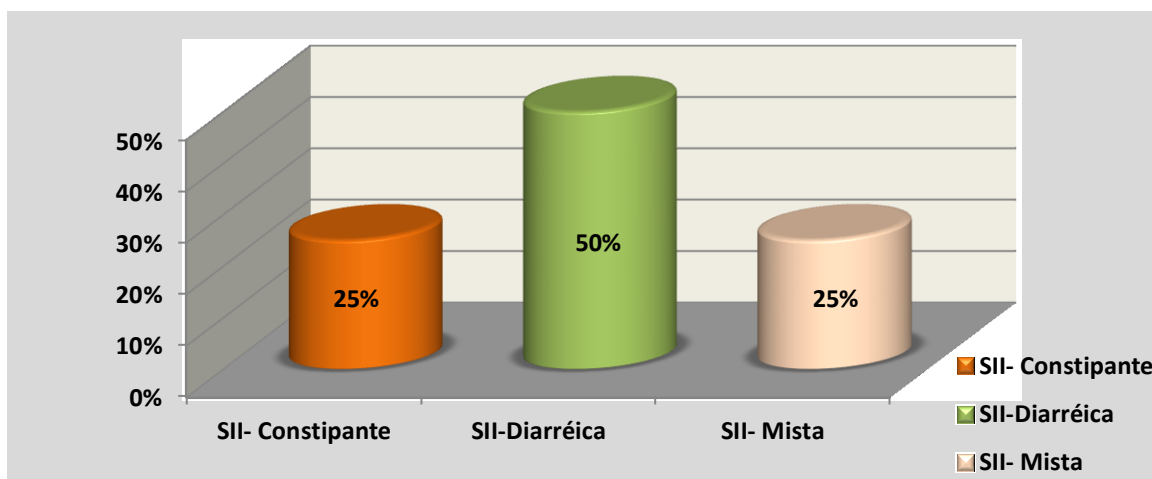
Urgência evacuatória está presente em 57% (12) dos entrevistados, sendo 66,6% nos que apresentam a forma de apresentação diarréica e 33,3% nas formas de apresentação alternadas.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 16: Associação de urgência evacuatória com os subtipos clínicos de SII.

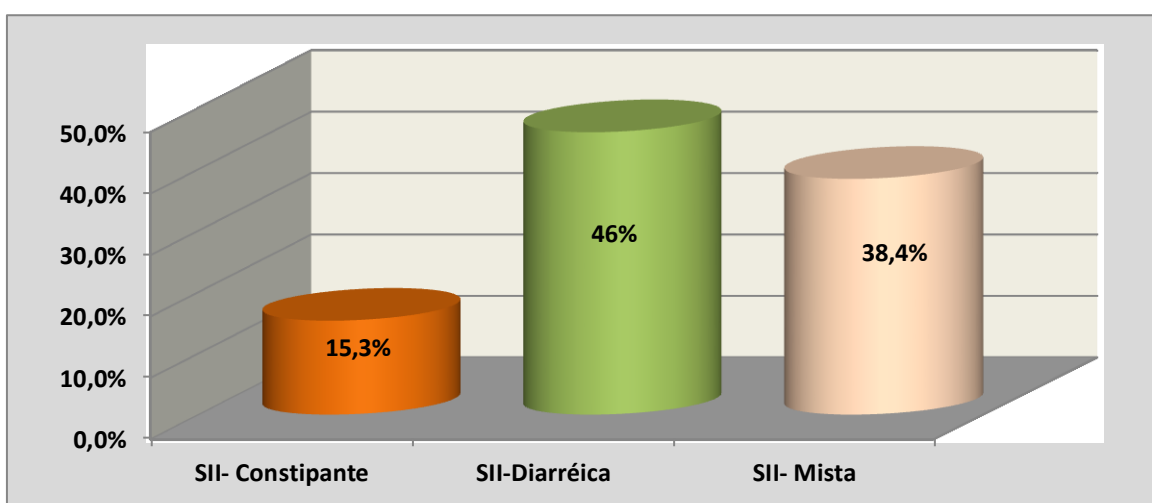
A presença de sangue nas fezes foi relatada por apenas 19% (4) dos entrevistados, com 50% pertencentes à forma clínica diarréica e 25% à forma constipante e alternada, cada.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 17: Associação de sangue nas fezes com os subtipos clínicos de SII.

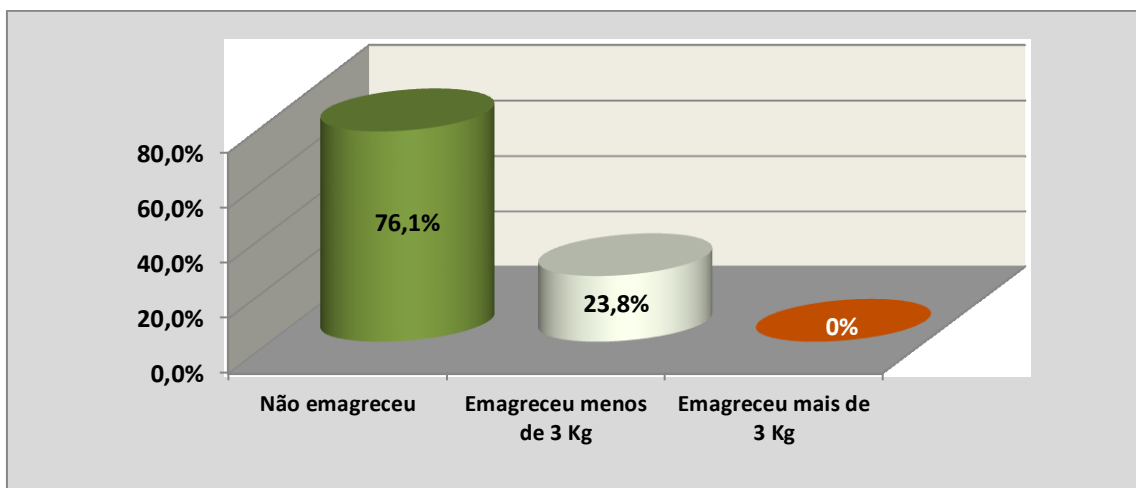
O relato de distensão abdominal está presente em 62% dos entrevistados, com 46% pertencentes à forma diarréica, 15,3% à forma constipante e 38,4% à forma alternada.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 18: Associação de distensão abdominal com os subtipos clínicos de SII.

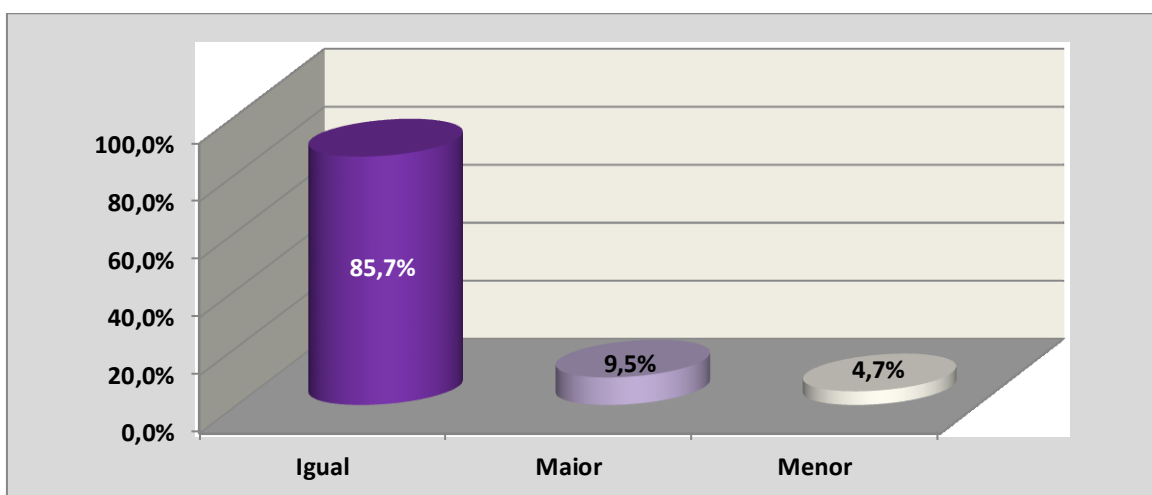
Quando questionados acerca de emagrecimento no último ano, apenas 23,8% (5) referiram perda de peso e, destes, todos emagreceram menos de três quilos.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 19: Distribuição quanto à perda de peso no último ano.

Quanto ao apetite, 85,7% (18) tiveram apetite preservado, 9,5% (2) referiram aumento do apetite e apenas 4,7% (1) teve apetite diminuído, no último ano.



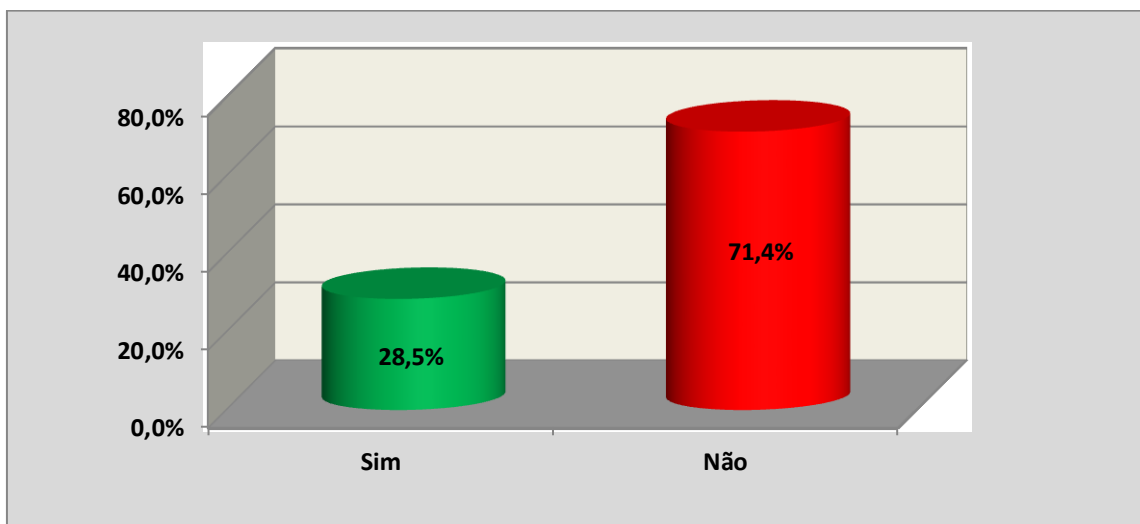
Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 20: Distribuição quanto ao apetite no último ano.



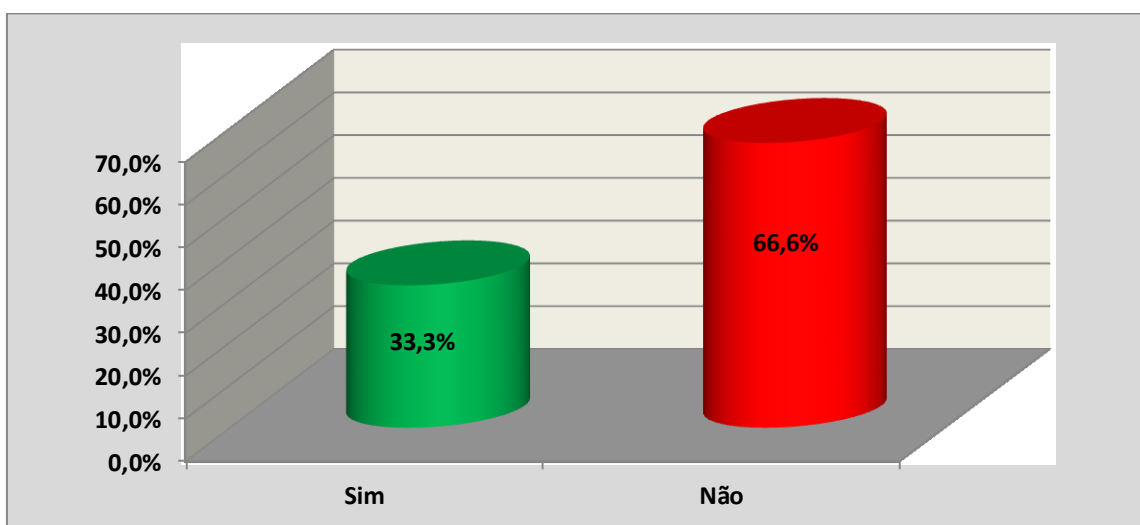
A presença de dor abdominal na infância foi relatada por 28,5% (6) (figura 21).

Dentre os entrevistados com SII, 33,3% (7) procuraram assistência médica, devido dor abdominal (figura 22).



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 21: Prevalência de dor abdominal na infância.

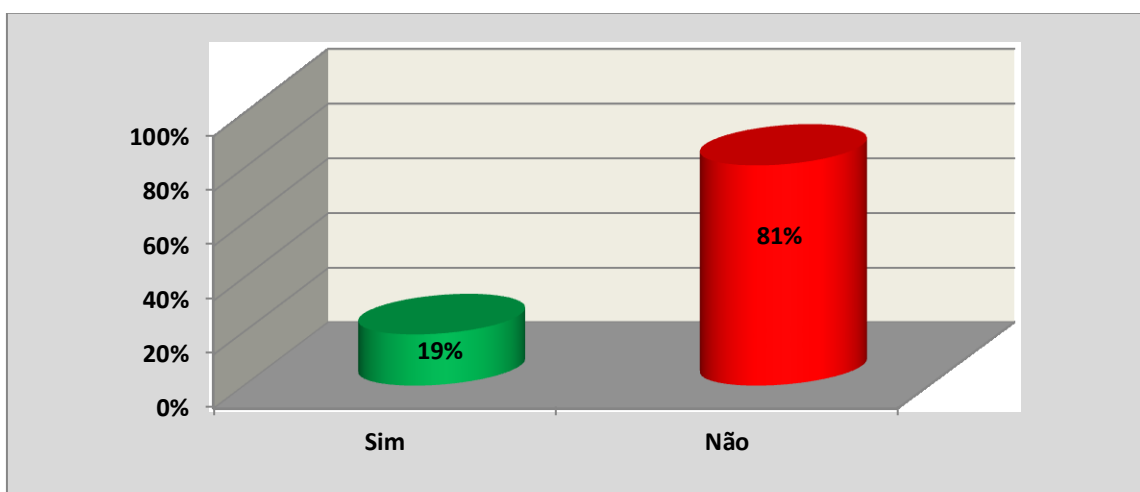


Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 22: Prevalência de consultas médicas, devido os sintomas.

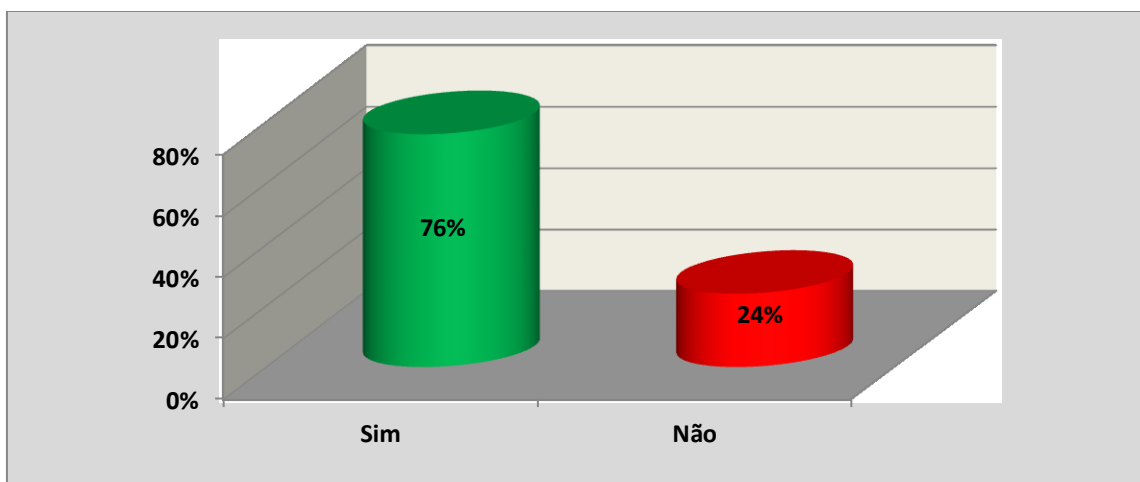
Em relação à interferência nas atividades diárias, 19% (4) tiveram suas atividades interrompidas devido à dor abdominal (figura 23).

Dentre os entrevistados com SII 76% (16) referiram alívio da dor com a evacuação (figura 24).



Fonte: protocolo de pesquisa

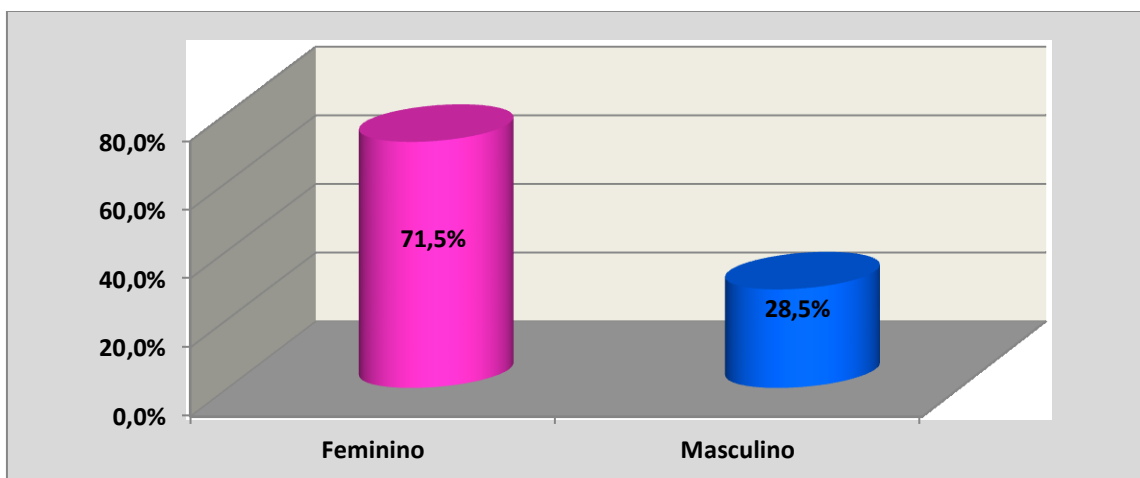
Figura 23: Distribuição quanto à interrupção das atividades no último ano, devido os sintomas.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 24: Distribuição quanto ao alívio da dor com a evacuação

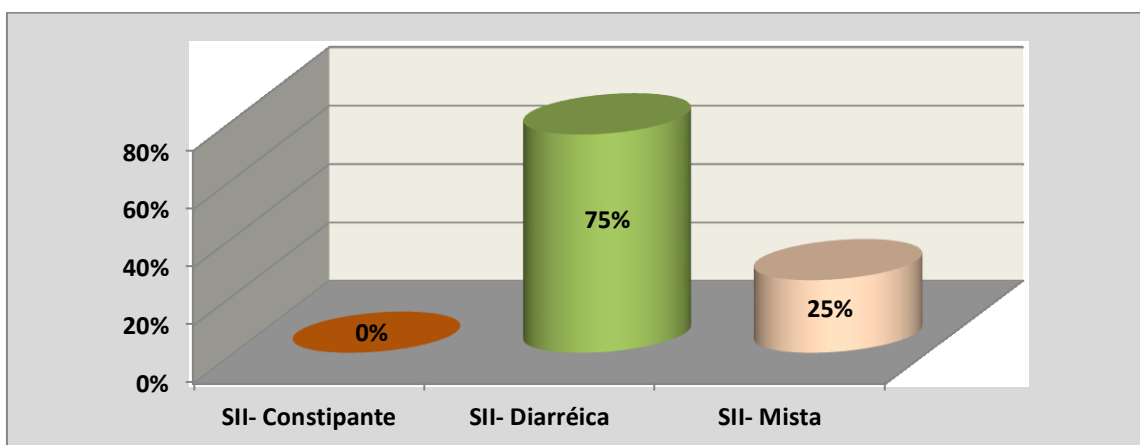
Relacionando gênero e ida ao médico devido os sintomas, 71,5% dos entrevistados com SII que foram à consulta médica correspondem às mulheres e 28,5% aos homens.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 25: Relação entre gênero e realização de consultas médicas, devido os sintomas, no último ano.

Relacionando interrupção das atividades diárias, devido os sintomas, com os subtipos clínicos da SII, 75% correspondem ao subtipo diarréico e 25% ao subtipo misto.

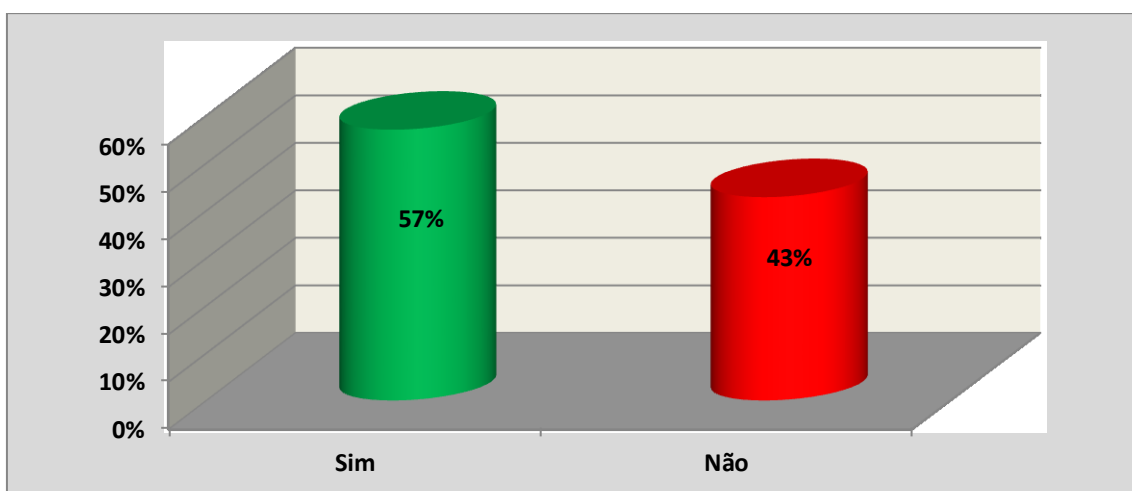


Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 26: Relação de interrupção das atividades, no último ano, com os subtipos clínicos de SII.

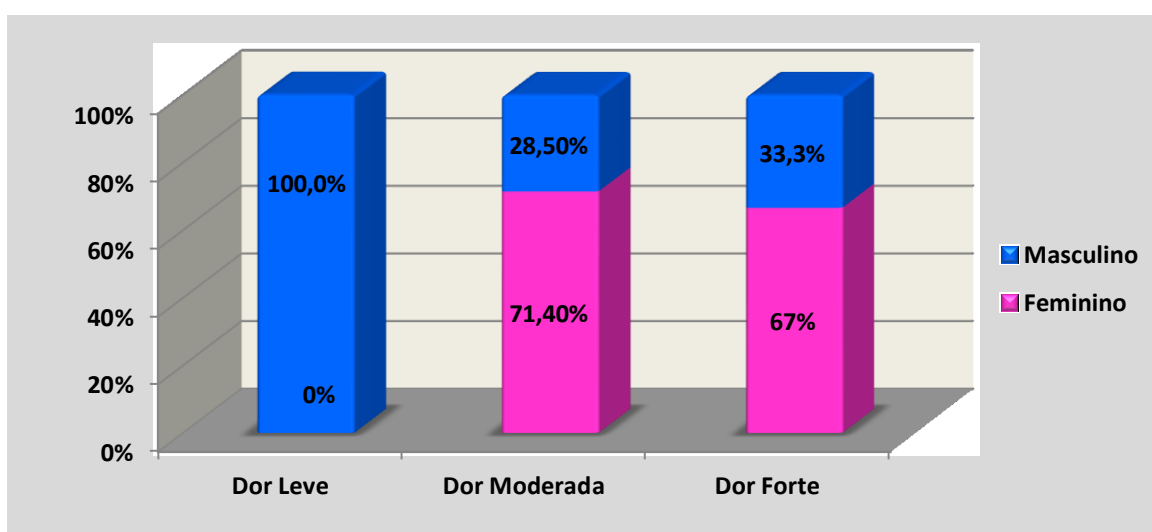
A característica de dor recorrente foi relatada por 57% dos entrevistados com SII (figura 27).

A distribuição entre gênero e intensidade da dor foi de: dor leve, 100% masculino; dor moderada, 71,4% feminino e 28,5% masculino; dor forte, 67% feminino e 33,3% masculino (figura 28).



Fonte: protocolo de pesquisa

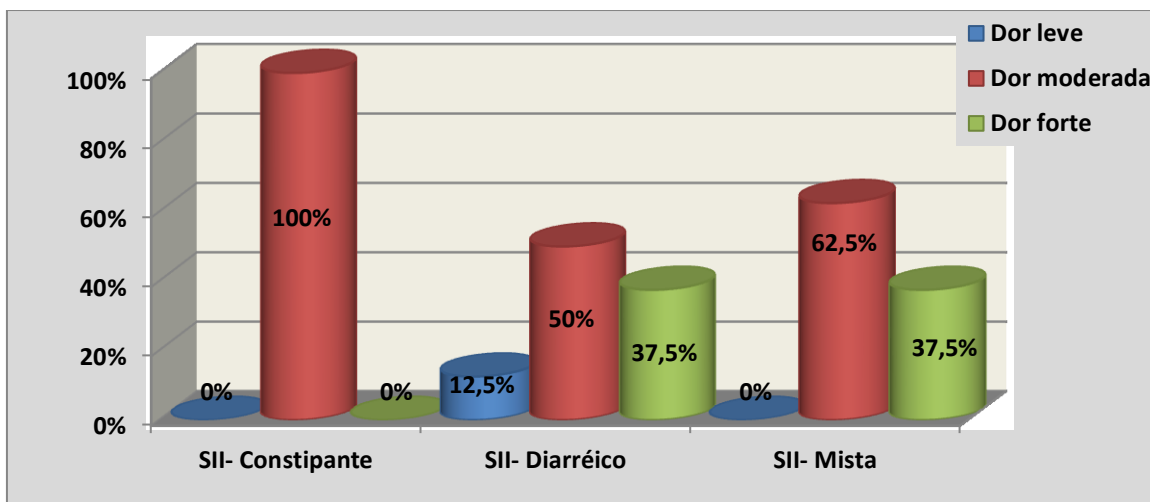
Figura 27: Prevalência de recorrência da dor.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 28: Distribuição de intensidade da dor e gênero

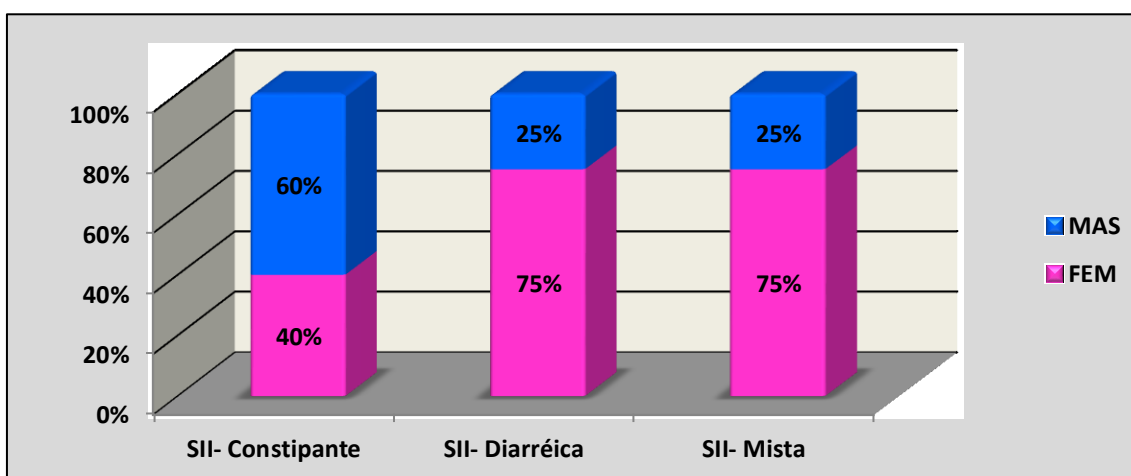
A distribuição de subtipos clínicos de SII com intensidade da dor foi de: SII-constipante, 100% dor moderada; SII- diarréica, 12,5% leve, 50% moderada e 37,5% forte; SII- mista, 0% leve, 62,5% moderada e 37,5% forte.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 29: Distribuição de intensidade da dor quanto ao subtipo clínico de SII.

A distribuição de subtipos de SII com gênero foi de: SII- constipante, 40% feminino e 60% masculino; SII- diarréica, 75% feminino e 25% masculino; SII- mista, 75% feminino e 25% masculino.



Fonte: protocolo de pesquisa

Figura 30: Distribuição de gênero quanto aos subtipos clínicos de SII.

## 5- DISCUSSÃO

A SII constitui entidade clínica de grande prevalência, acarretando elevados custos de saúde, estando associada à comorbidades psicológicas e comprometimento da qualidade de vida (DAMIÃO; SIPAHI; MORAES FILHO, 2010), sendo equiparável ao de outras patologias como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica (GRALNEK et al., 2003).

O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência da SII em internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, pois se sabe que profissionais da área da saúde apresentam maior suscetibilidade ao desenvolvimento de distúrbios em que fatores psicológicos como ansiedade e depressão tenham representação fisiopatogênica. Tais distúrbios possuem relação muito próxima com a SII (MORO; VALLE; LIMA, 2005).

Quando aplicados os critérios diagnósticos de Roma III, com valor preditivo positivo de 98% na diferenciação entre doença orgânica e SII (JELLEMA et al., 2009), a prevalência encontrada foi de 17,5%. Metanálises de estudos epidemiológicos descrevem a ocorrência da SII em 10% a 15% da população geral (SAITO, SCHOENFELD, LOCKE, 2002), sendo que na América Latina a prevalência da SII varia de 9 a 18% (VALENZUELA, 2003). Contudo, a prevalência encontrada é a mesma do estudo realizado por Marchette e Fagundes Neto, publicado em 2004, em uma escola America, no qual a prevalência de SII entre os alunos foi de 17%.

O gênero feminino, com 66,6%, correspondeu ao dobro do gênero masculino. Este padrão de distribuição por sexo está em consonância com os dados da epidemiologia mundial, em que as mulheres são duas vezes mais susceptíveis que os homens para desenvolvimento da SII. Esta diferença é atribuída, por muitos autores, às fortes evidências nas mulheres, da influência de fatores psicológicos no desenvolvimento de doenças funcionais (AGGARWAL et al., 2006). Dados epidemiológicos da América Latina referem prevalência de duas a quatro mulheres para um homem (VALENZUELA, 2003).

Os dados supracitados vão ao encontro dos dados do Consenso Nacional sobre a SII que refere prevalência de 61% no sexo feminino e 39% no sexo masculino (BARCLAY, 2005).

A faixa etária mais acometida, neste estudo, foi de 20 a 24 anos. Este resultado é semelhante ao de um estudo realizado para obter a prevalência de SII entre estudantes de

Medicina em uma Universidade em São Paulo, o qual obteve média de idade de 23,5 anos (TRISÓGLIO, et al., 2010). Este resultado pode ser atribuído à maioria dos entrevistados encontrarem-se nesta faixa etária ou próxima a ela, visto que, este estudo foi realizado em alunos do quinto e sexto anos do curso de medicina. Também vale a pena destacar que a amostra corresponde a um grupo pouco analisado em termos de prevalência de SII, sendo difícil a comparação epidemiológica

Quanto aos subtipos clínicos da síndrome, não houve diferença entre a forma diarréica e a forma mista, com 38% dos casos, cada. Enquanto o subtipo constipante correspondeu a 24% dos casos. Este resultado é pouco diferente do descrito na literatura, a qual mostra que a clínica diarréica e a constipante correspondem a, aproximadamente, um terço dos casos, cada. Enquanto que a clínica mista alberga metade dos casos (WGO, 2009). Em estudo realizado em 1999 por Quicili et al., analisando dados clínicos de 2388 pacientes com diagnóstico de SII, o subtipo clínico de apresentação da síndrome mais prevalente foi a SII mista com 41%, seguida da SII com apresentação diarréica, correspondendo a 37% dos casos, e, por fim, a SII com predomínio de constipação com 22%. Tais resultados podem refletir, por um lado, o fato de que, frequentemente, os pacientes migram de um subtipo clínico para outro ao longo do curso da doença.

Em relação à intensidade da dor abdominal, 66,6% a definiram como moderada, 28,5% como forte e, apenas, 4,7% como leve. Estudo realizado por Drossman e Thompson, em 1992, evidenciou que aproximadamente 70% dos casos eram de intensidade leve, 25% moderado e; apenas, 5% grave.

Estudos posteriores, assim como, a experiência clínica desses autores, mostraram que está havendo um aumento de casos graves e que a importância da SII tem sido subestimada. É necessário, também, que se considere que a quantificação dos sintomas está vinculada a percepção individual do paciente, algo muito variável (TRISÓGLI et al., 2010).

Quando analisados os dados que se referem à localização da dor abdominal, há predomínio da localização em abdome inferior (42,8%), semelhante com dados da literatura em que é mais referida nesta região, principalmente na fossa ilíaca esquerda (DAMIÃO; MORAES FILHO, 2002). Este dado difere daquele encontrado por QUICILI et al., 1999, em seu estudo analisando 2388 pacientes, em que prevaleceu a dor de localização difusa (49,6%).

Na correlação entre subtipos clínicos da SII e gênero, foi observado que na forma de SII com predomínio de diarreia 75% dos indivíduos acometidos são mulheres, enquanto que na SII com predomínio de constipação 60% dos acometidos são homens. Estes dados conflitam com dados da literatura de que a síndrome com diarreia é mais comum no sexo masculino e a síndrome com constipação mais comum no sexo feminino. Estudos têm sugerido que pode haver flutuações nos sintomas com o decorrer do tempo, podendo haver mudança no padrão da clínica ou desaparecimento total ou parcial dos sintomas (MAYER, 2008).

A relação da intensidade dos sintomas com o gênero revelou que as manifestações moderadas e fortes são mais prevalentes no gênero feminino. Este dado é confirmado pela literatura que refere que a SII é nitidamente mais prevalentes nas mulheres, especialmente as formas graves (DAMIÃO; SIPAHI; MOARES FILHO, 2010).

A diarreia na SII caracteriza-se por ser acompanhada de dor abdominal e tenesmo, ocorrendo após as refeições, em geral, com três a cinco evacuações diárias. As evacuações não costumam ocorrer durante a noite, ao contrário das diarreias de causa orgânica (DAMIÃO; MORAES FILHO, 2002). Os resultados deste trabalho são concordantes, pois 61,84% dos entrevistados com SII referiram aparecimento da dor abdominal após as refeições, sendo, destes, 50% apresentam a forma clínica de SII com diarreia, 40% a forma alternada entre constipação e diarreia e 10% a forma de SII com constipação.

A presença de muco nas fezes foi positiva em 20% dos casos, sendo 75% na forma clínica mista e 25% na forma diarreica. A urgência evacuatória também esteve presente em 57% dos casos, sendo 66,6% na forma diarreica. Estes dados coincidem com a literatura que afirmam que as presenças de muco nas fezes e de urgência evacuatória frequentemente fazem parte do espectro clínico da SII com predomínio de diarreia ou na forma mista (DROSSMAN, 2005 a).

Estudos de trânsito gastrointestinal mostram que pacientes com SII com predomínio de diarreia apresentam evidências de aceleração do trânsito e aumento da motilidade intestinal, o que pode explicar o achado de urgência evacuatória nestes pacientes (CHEY et al., 2001).

Esforço evacuatório foi relatado em 57,2% dos diagnosticados com SII, destes 55,5% apresentavam a forma clínica constipante e 44,4% a mista. Também nestes dois grupos, 50%, cada, referiram sensação de evacuação incompleta. Estes dados, também, estão de acordo com



achados na literatura de que a forma clínica constipante, esteja ela sozinha ou presente na forma mista, pode apresentar esforço evacuatório e sensação de esvaziamento incompleto, que pode ser associado à característica freqüente das fezes de serem secas e/ou endurecidas nestes dois tipos de apresentação clínica (DROSSMAN; CORAZZIARI; TALLEY, 1999 a). Além de evidências, em estudos de trânsito gastrointestinal, de motilidade reduzida e trânsito intestinal lento nas SII com predomínio de constipação (BASSOTTI et al., 2003).

A dor abdominal recorrente é o principal transtorno intestinal funcional observado na infância (BURKE et al., 1999). Uma revisão feita por estes autores demonstrou que existe associação entre dor abdominal recorrente (DAR) na infância e a SII na vida adulta. Ou seja, algumas crianças com DAR têm a SII quando alcançam o início da vida adulta e alguns pacientes com a SII têm relatos de DAR na infância (BOHM; GIMENES, 2010). Estudo realizado por PACE et al., em 2006, mostrou que 29% dos pacientes com DAR na infância desenvolveram sintomas da SII na vida adulta. Em nosso estudo, 28,5% dos entrevistados referiram ter tido dor abdominal na infância, em concordância de dados com o estudo acima citado.

Um dos pontos principais no diagnóstico e manejo da SII é o reconhecimento da presença de sinais de alarme como idade superior a 50 anos, hematoquezia, diarreia grave e persistente, presença de sintomas noturnos, emagrecimento e febre, bem como história familiar de câncer colorretal, doença inflamatória intestinal, doença celíaca, dentre outras. As doenças funcionais geralmente não são acompanhadas de outros sinais ou sintomas e não há alteração do estado nutricional (OLDEN, 2002). Este conceito foi confirmado neste estudo, pois dos entrevistados, com critérios diagnósticos de SII, nenhum referiu emagrecimento ou anorexia, reforçando o caráter benigno e funcional desta doença.

Neste estudo, o principal fator de alívio da dor abdominal foi a evacuação, com 76% dos participantes. Quando questionados sobre piora da dor com alimentação, sem especificar o tipo de alimento, 28,5% referiram sentir piora da mesma. Estes dados coincidem com os do Consenso Nacional sobre a Síndrome do Intestino Irritável, em que foram analisadas 2.261 fichas médicas de pacientes com diagnóstico de SII. Nestas, o principal fator de alívio da dor referido em 71% foi a evacuação. A piora da dor com a alimentação foi observada em 55,5% dos pacientes (BARCLAY, 2005).

É importante destacar que 61,9 % dos entrevistados referiram piora da dor com ingestão de laticínios. Este achado é confirmado pela literatura, pois má absorção de lactose pode coexistir com a SII, podendo ser detectada em até 27% dos pacientes (ENCK et al., 1990). No entanto, a ingestão de leite pode provocar sintomas em até 44% dos pacientes, sugerindo, portanto, que outros componentes do leite sejam responsáveis pelos casos de intolerância em indivíduos com hipersensibilidade visceral, como no caso da SII (PARKER et al., 2001).

Farup et al., publicou em 2011, estudo comparando sintomas relacionados à ingestão de leite em indivíduos portadores de SII e indivíduos não portadores. De fato, os sintomas relacionados à ingestão de leite, foram mais prevalentes nos portadores da síndrome.

A associação da SII com certo grau de intolerância a lactose é alvo de muitos estudos. Inquérito Nacional sobre a SII, realizado por um grupo de especialistas do Brasil, em 1997/1998, mostrou que numa população de 2261 pacientes analisados, 28,9% exibiram a queixa de intolerância alimentar e associaram o aparecimento de sintomas gastrintestinais recorrentes à ingestão de alimentos específicos. A relação de causa e efeito não foi comprovada, porém o papel dos antígenos na patogênese de várias doenças gastrintestinais é alvo de muitas publicações (QUICILI et al., 2001).

Intolerância inespecífica a diferentes alimentos é um achado que se repete. Uma explicação possível para a existência deste sintoma seria a de alterações funcionais, concomitantes com as do intestino, em vários órgãos como estômago, vesícula, esôfago, sugerindo um comprometimento funcional extenso, ao longo de todo trato digestivo (NANDA et al., 1989; SOOD et al., 1993).

O presente estudo não utilizou instrumentos que avaliam a qualidade de vida dos entrevistados, porém sabe-se da estreita relação entre a SII e as perturbações na qualidade de vida, que resultam em transtornos no relacionamento social, alterações do sono, prejuízo no lazer, limitações da atividade sexual e déficit funcional no trabalho (YACAVONE et al., 2001; SCHRYVER; SAMSOM, 2000). Neste estudo, 19% dos participantes, com critérios diagnósticos de SII, referiram ter interrompido suas atividades diárias, devido os sintomas abdominais. Destes, 75% apresentam a forma clínica diarréica e 25% a forma mista. Em relação a intensidade da dor, 50% referiram como de moderada intensidade e 50% como de forte intensidade.

Neste estudo, 33,3% dos participantes com SII foram à consulta médica, devido os sintomas. Deste, 71,5% eram mulheres e 28,5% homens. Sabe-se que entre aqueles que procuram assistência médica, há predominância maior de mulheres que de homens em uma proporção de 2:1 (CHANG; HEITKEMPER, 2002). A presente investigação demonstrou um predomínio do sexo feminino numa relação de 2,5: 1. Este dado também corrobora dados publicados em artigo de Damião, Sipahi e Moraes Filho (2010), que afirmam que 70 a 90% dos pacientes com critérios diagnósticos para a SII não procura atendimento médico, o que leva a dados subestimados da real prevalência da síndrome.

A prevalência encontrada de visitas ao médico devido SII foi maior que estudo epidemiológico realizado por Talley et al., em Minnesota (1991), no qual a busca por atendimento médico foi de 9% entre os indivíduos com dor abdominal crônica e alteração do hábito intestinal. A procura por atendimento médico pode estar relacionado a fatores culturais, presença e grau da dor e distúrbios psicológicos. No entanto, essas taxas são influenciadas pelo acesso da população à saúde (DROSSMAN, et al., 2002). Na Austrália, por exemplo, onde o acesso aos cuidados de saúde é de quase 100%, a taxa de idas ao médico de indivíduos com SII é de 73% (TALLEY; BOYCE; JONES, 1997).

Hyams et al., em 1996, mostrou que 18,8% dos alunos do ensino médio com relato de dor abdominal procuraram assistência médica por este motivo, e os principais sintomas determinantes foram: a interrupção das atividades diárias, o absenteísmo escolar, a forte intensidade das dores e a duração das mesmas.

Dos entrevistados neste estudo com SII 57% disseram apresentar os sintomas há mais de cinco anos e 42,8% referiram presença dos sintomas entre um a cinco anos. A recorrência da dor, ou seja, períodos de atividade e remissão foi referida em 57,1% dos entrevistados. Estes dados reforçam a literatura que descreve e define a SII como doença caracterizada por cronicidade e recorrência (DROSSMAN, 2006).

Este estudo revelou alta prevalência da SII em internos do curso medicina, até então desconhecida e pouco pensada entre os próprios profissionais da área da saúde. É interessante que, a partir destes dados, outros estudos envolvendo estudantes e profissionais da saúde fossem realizados, com intuito de melhor conhecer esta doença nesta população, identificando os principais fatores de risco e de predisposição para que possam ser implementadas ações futuras de prevenção e diagnóstico.

## 6- CONCLUSÕES

A prevalência da SII, nos internos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, foi de 17,5%, elevada em relação à população geral, porém menor que a prevalência encontrada por outros autores em poucos estudos semelhantes.

A prevalência de SII, preenchendo os Critérios de Roma III, foi maior entre as estudantes do sexo feminino e, nestas, os sintomas foram maior em intensidade.

Importante frisar o elevado índice de piora dos sintomas com ingestão de laticínios, maior que o descrito na literatura para SII.

Por fim, ainda que tenha sido considerada uma amostra específica de indivíduos, e embora o uso de questionários em estudos epidemiológicos possa se associar a discrepâncias oriundas da percepção do participante a respeito da doença, o presente estudo utilizou critérios diagnósticos amplamente difundidos do ponto de vista clínico e de pesquisa, e contou com uma população de estudo que possui algum tipo de conhecimento técnico sobre a SII ou, no mínimo, fácil condição de acesso a informações relacionadas ao tema.

Assim, os dados estabelecidos merecem consideração do ponto de vista epidemiológico e as causas de prevalência maior que na população em geral deverão ser alvo de estudos mais aprofundados.

## REFERÊNCIAS

- AIRES, M.T. **Adaptação transcultural para o português do instrumento “The bowel disease questionnaires” utilizado para a avaliação de desordens gastrintestinais funcionais.** Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- AGGARWAL, V.R. et al. The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? **International Journal of Epidemiology**, p. 468, 2006.
- AKEHURST, R.; KALTENTHALER, E. Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. **Gut**, P.272-282, 2001
- AMARAL, G.F. et al. Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. **Revista de Psiquiatria**, v.30, n.2, p.124-130, 2008.
- BARBARA, G. et al. Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, p.693-702, 2004.
- BARCLAY, S.B. Um Consenso Nacional sobre a Síndrome do Intestino Irritável. **A GASTROENTEROLOGIA NO BRASIL II**, 2005, p.269-291.
- BARON, J.H. Inflammatory bowel disease up to 1932. **Mt. Sinai J. Med**, p.174-189, 2000.
- BARTON, A. et al. Increased prevalence of sicca complex and fibromyalgia in patients with irritable bowel syndrome. **Am. J. Gastroenterol**, p.1898-1901, 1999.
- BASSOTTI, G. et al. Abnormal colonic propagated activity in patients with slow transit constipation and constipation-predominant irritable bowel syndrome. **Digestion**, p.178-183, 2003.

BENGTSON, M.B. et al. Irritable bowel syndrome in twins: genes and environment. **Gut**, p.1754-1759, 2006.

BENNET, E.J. et al. . Level of chronic life stress predicts clinical outcome in irritable bowel syndrome. **Gut**, p. 256-261, 1998.

BERCIK, P.; VERDU, E.F.; COLLINS, S.M. Is irritable bowel syndrome a low-grade inflammatory bowel disease? **Gastroenterol. Clin. North. Am.**, P. 235-245, 2005.

BURKE, P.; ELLIOTT, M.; FLEISSNER, R. Irritable bowel syndrome and recurrent abdominal pain. **Psychosomatics**, v.40, n.4, p.277-285, 1999.

CAMILLERI, M. et al. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5-HT<sub>3</sub> receptor antagonist. **Aliment. Pharmacol. Ther**, p.1149-1159, 1999.

*CESAR, M.A.P.; OLIVEIRA, C.C. Is there Importance in the use of anorectal physiologic tests in the diagnosis of irritable bowel syndrome? **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.29, n.3, 2009.*

CHADWICK, V.S. et al. . Activation of the mucosal immune system in irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, p. 1778-1783, 2002.

CHANG, L.; HEITKEMPER, M.M. Gender differences in irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, p. 1686-1701, 2002

*CHEHTER, L. et al. Pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. **Especial**, 2010.*

CHEY, W.Y. et al. Colonic motility abnormality in patients with irritable bowel syndrome exhibiting abdominal pain and diarrhea. **Am. J. Gastroenterol**, p. 1499-1506, 2001.

\_\_\_\_\_. Utility of the Rome I and Rome II Criteria for Irritable Bowel Syndrome in U.S. Women. **Am J Gastroenterol**, p.2803-2811, 2002.

COLE, J.A. et al. Migraine, fibromyalgia, and depression among people with IBS: a prevalence study. **BMC Gastroenterology**, p.26, 2006.

COLLINS, S.M. Is the irritable gut an inflamed gut? **Scand. J. Gastroenterol.**, P. 102-105, 1992

DAMIÃO, A.O.M.; SIPAHI, A.M.; MORAES FILHO, J.P.P. Irritable bowel syndrome. Impact in the quality of life. Therapeutic approach. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 70, 2010.

DAMIÃO, A.O.M.C.; SIPAHI, A.M. Síndrome do Intestino Irritável. **Revista Brasileira de Medicina**, p. 121-127, 2002.

DELGADO-AROS, S.; CAMILLERI, M. Visceral hypersensitivity 2. **J. Clin. Gastroenterol.**, p. 194-203, 2005.

DELVAUX, M. et al. The kappa agonist fedotozine relieves hypersensitivity to colonic distension in patients with irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, P.38-45, 1999.

DE PONTI, F.; TONINI, M. Irritable bowel syndrome: new agents targeting serotonin receptor subtypes. **Drugs**, P. 317-332, 2001.

DE SCHRYVER, A.M.P.; SAMSOM, M. New developments in the treatment of irritable bowel syndrome. **Scand J Gastroenterol**, p.38-42, 2000.

DINAN, T.G. et al. Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker? **Gastroenterology**, p.304-311, 2006.

DROSSMAN, D.A.; CORAZZIARI, E.; TALLEY, N.J. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. **Gut**, 1999 a

DROSSMAN, D.A.; DUMITRASCU, D.L. Rome III: new standard for functional gastrointestinal disorders. **Journal Gastrointestinal Liver Disorders**, v.15,n.3,p.237-241, 2006.

DROSSMAN, D.A. et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome.

**Gastroenterology**, p. 2108-2131, 2002.

\_\_\_\_\_. A prospective assessment of bowel habit in IBS: defining an alternator.

**Gastroenterology**, p. 580-589, 2005 a

\_\_\_\_\_. Householder Survey of Functional Gastrointestinal Disorders: Prevalence, Sociodemography and Health Impact. **Dig. Dis. SII**, p. 1569-1580, 1993.

\_\_\_\_\_. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders.

**Gut**,v.45,p25-30, 1999 d

DROSSMAN, D.A. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. **Gut**, 2005 b

DROSSMAN, D.A. et al. **Rome II: the Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: a Multinational Consensus**. 2.ed., USA, 2000.

\_\_\_\_\_. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome II Process. **Gut**, P.45, 1999 b

\_\_\_\_\_. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process.

**Gastroenterology**, v.130, p. 1377-1390, 2006.

\_\_\_\_\_. The Rome criteria process: diagnosis and legitimization of irritable bowel syndrome. **Am. J. Gastroenterol**, P.2803-2807, 1999 c

DROSSMAN, D.A.; THOMPSON, W.G. The irritable bowel syndrome: review and a graduated multicomponent treatment approach. **Ann. Intern. Med.**, P. 1009-1016, 1992.

DROSSMAN D.A.; WHITEHEAD, W.E.; CAMILLERI, M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. **Gastroenterology**, P.2120-2137, 1997.



DUNLOP, S.P. et al. Relative importance of enterochromaffin cell hyperplasia, anxiety, and depression in postinfections IBS. **Gastroenterology**, p.1651-1659, 2003.

ENCK, P. Prevalence of lactose malabsorption among patients with functional bowel disorders. **Z. Gastroenterol.**, p.239-241, 1990.

FALEIROS, T.V.; MACHADO, N.C. Assessment of health-related quality of life in children with functional defecation disorders. **Jornal de Pediatria**, v.82,n.6, 2006.

FARUP, P.G; MONSBAKKEN, K.W.; VANDVIK, P.O. Lactose malabsorption in a population with irritable bowel syndrome: prevalence and symptoms. A case-control study. **Scand. J. Gastroenterol.**, p.645-649, 2004.

GERSHON, M.D. Nerves, reflexes, and the enteric nervous system: pathogenesis of the irritable bowel syndrome. **J. Clin. Gastroenterol**, p.184-193, 2005.

GIMENES, L.S.; BOHM, C.H. Análise funcional da dor na síndrome do intestino irritável. **Temas em Psicologia**, v.18, n.2, p.357-366, 2010

GRALNEK, I.M. et al. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. **Gastroenterology**, v.119, n.4, p.654-660, 2000.

GUILARTE, M. et al. Diarrhoea-predominant IBS patients show mast cell activation and hyperplasia in the jejunum. **Gut**, p. 203-209, 2007.

HYAMS, J.S. et al. Abdominal pain and irritable syndrome in adolescents: a community-based study. **Jornal de Pediatria**. v.129, p.220-226, 1996.

\_\_\_\_\_. Functional gastrointestinal disorders: Working Group Report of First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, Hematology, and Nutrition. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.**, p. 110-117, 2002.

HOUGHTON, L.A. (2002). **Evidence of abnormal rectal sensitivity in IBS.**

JELLEMA, P. et al. Systematic review: accuracy of symptom-based criteria for diagnosis of irritable bowel syndrome in primary care. **Aliment. Pharmacol. Ther.**, p. 695-706, 2009.

JOHANSON, J.F.; SONNEMBERG, A. KOCK, T.R. Clinical epidemiology of chronic constipation. **J. Clin. Gastroenterol.**, P.525, 1989.

KILKENS, T.O.C. et al. Acute tryptophan depletion affects braingut responses in irritable bowel syndrome patients and controls. **Gut**, p. 1794-1800, 2004.

*LACERDA FILHO, A. et al. Chronic constipation- the role of clinical assessment and colorectal physiologic tests to obtain na etiologic diagnosis. **Arquivo de Gastroenterologia**, v.45,n.1, 2008.*

LEWIS, S.J.; HEATON, K.W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. **Scand J Gastroenterol**, p.920-924, 1997.

LONGSTRETH, G.F. Functional bowel disorders. **Gastroenterology**, p. 1480-1491, 2006.

MACHADO, W.N. Irritable bowel syndrome. **Grupo Editorial Moreira Júnior**, 2008. Disponível em [http:// www.moreirajr.com.br/revistas](http://www.moreirajr.com.br/revistas). Acesso em: 12 jan.2011.

MANNING, A.P. et al. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel. **J. Med. Br.**, p. 653-654, 1987.

MARCHETTE, A.C.; FAGUNDES NETO, U. Irritable bowel syndrome. **The Electronic Journal of Pediatric Gastroenterology, Nutrition and Liver diseases**, v.8, 2004

MARTINS, L.A.N. *Saúde Mental do Médico e do Estudante de Medicina. International Journal of Psychiatry*, v.7, n.1, 1996.

\_\_\_\_\_. Irritable bowel syndrome. *N. Engl. J. Med.*, P.1692-1699, 2008.

\_\_\_\_\_. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*, P. 861-869, 2000.

MAWDSLEY, J.E.; RAMPTON, D.S. . Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, p.1481-1491, 2005.

MEARIN, F. et al. Dyspepsia after a Salmonella gastroenteritis outbreak: one-year follow-up cohort study. *Gastroenterology*, p. 98-104, 2005.

MEARIN, F.; PERELLÓ, A.; BALBOA, A. **Enfermedad Inflamatoria Intestinal Síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal: ¿el eslabón perdido en el espectro de la inflamación?** Madri, 2007.

MORAES FILHO, J.P.P.; DAMIÃO, A.O.M.C. Diagnóstico e tratamento da síndrome do intestino irritável. **Psiquiatria na prática médica.** , v.34, n.2, abr-jun, 2001.

MORAES FILHO, J.P.P. Irritable bowel syndrome. **Revista Brasileira de Medicina**, 2010.

MORO, A.; VALLE, J.B; LIMA, L.P. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade da Região de Joinville. **Rev. Bras. Educ. Med.**, P. 97-102, 2005.

MUNAKATA, J. et al. Repetitive sigmoid stimulation induces rectal hyperalgesia in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, p. 55-63, 1997.

MURRAY, C.D. et al. . Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervation in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, p. 1695-1703, 2004.

NANDA, R. et al. Food intolerance and the irritable bowel syndrome. **Gut**, p.1099-1104, 1989.

NEVES NETO, A.R. Terapia cognitivo-comportamental e síndrome do cólon irritável. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.28,n.6, p.350-355, 2001.

NIESLER, B. et al. Cloning, physical mapping and expression analysis of the human 5-HT<sub>3</sub> serotonin receptor-like genes HTR3C, HTR3D and HTR3E. **Gene**, 310, p.101– 111, 2003

OBERNDORFF, K.W.A.H. et al. . Irritable bowel syndrome in general practice: An overview. **Scand. J. Gastroenterol.**, p. 17-22, 2004.

OLDEN, K.W.; Diagnosis of irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, P. 1701-1714, 2002.

PACE, F. et al. Family history of irritable bowel syndrome is the major determinant of persistent abdominal complaints in young adults with a history of pediatric recurrent abdominal pain. **World Journal of Gastroenterology**, v.24, n.12, p.3874-3877, 2006.

PALSSON, O.S.; DROSSMAN, D.A. . Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. **Gastroenterol. Clin. N. Am.**, V.34, P.281-303, 2005.

PARKER, T.J. et al. Irritable bowel syndrome: is the search for lactose intolerance justified? **Eur. Journal Gastroenterol. Hepatol.**, p.219-225, 2001.

PARKMAN, H.P.; HASLER, W.L.; FISHER, R.S. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of gastroparesis. **Gastroenterology**, P. 1592-1622, 2004.

PASSOS, M.C.F. Irritable bowel syndrome – Emphasis to the treatment. **Jornal Brasileiro de Gastroenterologia**,v.6,n.1,p.12-18, jan-mar 2006.

QUICILI, F.A. et al. Síndrome do Intestino irritável. Um consenso Nacional. **Revista brasileira de coloproctologia**, v.19, n.4, p. 289-296, 1999.

SAITO, Y.A.; SCHOENFELD, P.; LOCKE, G.R. ). The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. **The American Journal of Gastroenterology**, P. 1910-1915, 2002.

SANTOS, J. et al. Pathogenesis of irritable bowel syndrome: the mast-cell connection. **Scand Journal Gastroenterology**, v.40, p.1-12, 2005.

SOOD, G.K. et al. - Abnormal gallbladder function in patients with irritable bowel syndrome. **Am. J. Gastroenterol**, p.1387-1390, 1993.

STERNON J. [Spastic colon: a multi-factorial pathology, a polyvalent therapy]. **Rev Med Brux** p.285-92, 1990. TORSOLI A. et al. Working Team Reports. **Gastroenterol. Internat.** p. 189-190, 1991.

SVEDLUND, J. Upper gastrointestinal and mental symptoms in the irritable bowel syndrome. **Scand. J. Gastroenterol**, P.595-601, 1985.

SVENSSON, T.H. Peripheral, autonomic regulation of locus coeruleus noradrenergic neurons in brain: putative implications for psychiatry and psychopharmacology. **Psychopharmacology**, P. 2108-2131, 2002.

TALLEY, N.J.; BOYCE, P.M.; JONES M. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome: a population based study. **Gut**, p.394, 1997.

TALLEY, N.J. et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**., p. 927-934, 1991.

\_\_\_\_\_. Medical Costs in Community Subjects with Irritable Bowel Syndrome. **Gastroenterology Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology**, p. 1736-1741, 1995.

TALLEY, N.J.; SPILLER, R.. Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? **Lancet**, v.360, p.555-564, 2002.

THOMPSON, W.G. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gastroenterol Int.**, p. 75-91, 1992.

\_\_\_\_\_. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**. P. 1143-1147, 1999.

\_\_\_\_\_. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. **Gut**, p.78-82, 2000.

*TÓLOFI, L.F.F. Investigação categorial e dimensional sobre sintomas físicos e síndromes somatoformes na população geral. São Paulo, 2004. Dissertação (Doutorado em Ciências)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.*

TROSÓGLI, C. et al. Prevalence of Constipation Among Medical Students of an Institution in Northwestern São Paulo State. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.30,n.2,p.203-209, 2010.

VALENZUELA, G. Síndrome do Intestino Irritável. **In: Anais do 28a. Panamerican Congress of Digestive Disease**, Punta Del Este, 2003.

VANNER, S.J. et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. **Am. J. Gastroenterol**, p.2912-2917, 1999.

WEISS, E. **Medicina psicossomática: aplicação clínica da psicopatologia aos problemas da clínica em geral**. Rio de Janeiro: Guanabara; 1996.

YACAVONE, R.F. et al. measurement in gastroenterology: What is available? **Am. J. Gastroenterol.**, p. 285-297, 2001.



9. Você se lembra quando foi que essa dor apareceu **pela primeira vez** na sua vida? (marque apenas uma resposta)

- 1- ( ) nos últimos 6 meses  
2- ( ) de 7 meses a 1 ano atrás  
3- ( ) mais de 1 ano e até 2 anos atrás  
4- ( ) mais de 2 anos e até 5 anos atrás  
5- ( ) mais de 5 anos e até 10 anos atrás  
6- ( ) mais de 10 anos atrás

- Quando dizemos freqüentemente isso quer dizer mais do que 25% das vezes que a dor aparece

10. Essa dor ou pontada ocorre **freqüentemente antes** das refeições ou quando você está com fome?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

11. Essa dor ou pontada ocorre **freqüentemente imediatamente** APÓS as refeições (menos de 30 minutos depois)?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

12. Essa dor ocorre **freqüentemente** de 30 minutos a 2 horas APÓS as refeições?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

13. Essa dor **freqüentemente melhora** (é aliviada) com um arroto ?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

14. Essa dor **freqüentemente melhora** com a evacuação?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

15. Essa dor **freqüentemente melhora** se você comer?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

16. Essa dor **freqüentemente melhora** se você tomar antiácidos? (marque apenas uma resposta)

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

17. Essa dor **freqüentemente piora** se você tomar leite ou se alimentar?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

18. Essa dor **freqüentemente piora** se você ingerir bebida alcoólica, como cerveja, vinho ou outras bebidas? (marque apenas uma resposta)

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não  
3- ( ) Não bebo álcool

19. Essa dor **freqüentemente** passa para outro lugar além do abdome?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

20. Você **freqüentemente** evacua **mais** quando a dor começa?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

21. Você **freqüentemente** tem fezes **moles** quando a dor começa?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

22. Seus hábitos de evacuação se modificaram no último ano?

- 1- ( ) Sim  
2- ( ) Não

23. Como VOCÊ descreveria seus hábitos normais de evacuação no último ano? (marque apenas uma resposta)

- 1- ( ) normal  
2- ( ) constipação  
3- ( ) diarréia  
4- ( ) alterno entre constipação e diarréia

24. Quantas evacuações você tem **normalmente** durante uma semana? (marque apenas uma resposta)

- 1- ( ) 1 ou menos  
2- ( ) 2  
3- ( ) 3-4  
4- ( ) 5-8  
5- ( ) 9-12  
6- ( ) 13-16  
7- ( ) 17-21  
8- ( ) 22-26  
9- ( ) mais de 26



25. Você toma alguma coisa para constipação (p. ex. farelo de trigo, fibra, laxante)?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

O quê? \_\_\_\_\_ Com que freqüência? \_\_\_\_\_

26. Você já encontrou MUCO em suas fezes no último ano (isto é, uma substância pegajosa, branca ou esverdeada)?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

27. Você **freqüentemente** evacua **menos** que 3 vezes por **semana**?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

28. Você **freqüentemente** evacua **mais** que 3 vezes por **dia**?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

29. Você **freqüentemente** tem que **fazer força** para evacuar?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

30. Suas fezes **freqüentemente** são **moles** ou **aquosas**?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

31. Suas fezes **freqüentemente** são **duras**?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

32. Após uma evacuação, você **freqüentemente** sente como se ainda houvesse fezes para evacuar?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

33. Você **freqüentemente** sente necessidade **urgente** de esvaziar seus intestinos, obrigando-o a procurar um banheiro?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

34. Você encontrou **algum sangue** nas fezes ou no vaso sanitário no último ano?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

- Se a resposta à pergunta 34 for sim, por favor responda às perguntas 35 a 37
- Caso não tenha encontrado sangue, passe para a pergunta 38

35. Esse sangue cobre as fezes?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

36. Esse sangue é escuro e misturado com as fezes?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

37. O sangue gruda no papel higiênico?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

38. Você **freqüentemente** se sente inchado ou sente sua barriga inchar?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

39. Você perdeu peso no último ano sem fazer dieta para emagrecer? (marque apenas uma resposta)

0- ( ) não

2- ( ) 3 kg ou mais

1- ( ) menos que 3kg

40. Como se compara seu apetite no último ano com o que era antes? (marque apenas uma resposta)

0- ( ) diminuiu

2- ( ) aumentou

1- ( ) mais ou menos igual

41. Você teve algum episódio de dor abdominal na infância?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

42. Já foi apendicectomizado(a)?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

43. Já foi colecistectomizado(a)?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? \_\_\_\_\_

44. Já teve alguma úlcera péptica gástrica ou duodenal?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? \_\_\_\_\_

Como foi diagnosticada? \_\_\_\_\_

45. Já fez alguma operação no estômago?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? \_\_\_\_\_ Que tipo de operação? \_\_\_\_\_

46. Já fez alguma outra cirurgia abdominal?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

Se respondeu SIM, quando? \_\_\_\_\_

Que tipo de operação? \_\_\_\_\_

47. Quantas vezes você foi a um médico **no último ano**? (marque apenas uma resposta)

0- ( ) nenhuma

3- ( ) 6-10 vezes

1- ( ) 1-2 vezes

4- ( ) mais de 10 vezes

2- ( ) 3-5 vezes

48. Se foi ao médico no último ano, foi devido a alguma dor abdominal?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

- Se a resposta a pergunta 48 for sim, responda a 49 a 51
- Se a resposta for não, passe para a pergunta 52

49. Se foi ao médico no último ano devido a alguma dor ou pontada no abdome, foi porque os sintomas eram graves ou muito graves?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

50. Se foi ao médico durante o último ano devido a alguma dor ou pontada no abdome, foi porque os sintomas o preocuparam muito?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

51. Se foi ao médico no último ano devido a alguma dor ou pontada no abdome, foi porque achou que poderia estar com uma doença grave?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

52. Se foi ao médico no último ano, foi por problemas nos intestinos?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

53. Quantos resfriados ou gripes você teve no último ano? (marque apenas uma resposta)

0- ( ) nenhum

3- ( ) 6-10

1- ( ) 1-2

4- ( ) MAIS DE 10

2- ( ) 3-5

**POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS QUE SE APLICAM A VOCÊ ATÉ AGORA**

54. Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a dor abdominal?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

55. Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a problemas intestinais?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

56. Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a outras doenças?

1- ( ) Sim

2- ( ) Não

Se respondeu SIM, que doenças? \_\_\_\_\_

57. Com que **frequência** você faltou às aulas no último ano em razão dos sintomas?

0- ( ) nenhuma vez

3- ( ) 6-10 vezes

1- ( ) 1-2 vezes

4- ( ) mais de 10 vezes

2- ( ) 3-5 vezes

58. No momento, você fuma cigarros **regularmente**? (marque apenas uma resposta)

1- ( ) sim

3- ( ) nunca fumei

2- ( ) não

59. Quantos cigarros, em média, você normalmente fuma por dia? (marque apenas uma resposta)

0- ( ) nenhum

2- ( ) entre 5 e 15

1- ( ) menos de 5

3- ( ) mais de 15

- **A próxima pergunta é sobre ingestão de bebidas que contêm álcool (isto é, cerveja, vinho, cachaça, uísque, vodca, gim ou conhaque). Um drinque é igual a uma latinha de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada.**

60. Quantos drinques, em média, você tomou **por semana** no último ano? (marque apenas uma resposta)

0- ( ) nenhum

2- ( ) 3-6 drinques

1- ( ) 1-2 drinques

3- ( ) 7-10 drinques

4- ( ) mais de 10 drinques

61. Sexo:

1- ( ) Masculino

2- ( ) Feminino

62. Sua idade atual:

62 Agora gostaríamos de obter algumas informações sobre o trabalho da pessoa que sustenta sua casa (se for aposentado, descreva sua função principal antes da aposentadoria).

Profissão:

Tipo de Trabalho:

Local onde trabalha:

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Baseado na Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: Prevalência de Síndrome do Intestino Irritável em internos do curso de medicina.

Caro(a) Senhor(a),

O(a) Senhor(a) foi convidado a participar da pesquisa “Prevalência de Síndrome do Intestino Irritável em internos do curso de medicina”. Esta pesquisa está sendo realizada pela discente Livia Carvalho de Araújo, CPF 930.492.262-34, RG 3636687, aluna do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará, sob orientação do Prof. Dr. Octávio Souza Júnior, como Trabalho de Conclusão de Curso, com objetivo de descrever a prevalência de Síndrome do intestino Irritável em acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Pará.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco ou desconforto. Também lhe é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento podendo deixar de participar do estudo.

Informo que o(a) Senhor(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Octávio Souza Júnior, que poderá ser encontrado no endereço Rua dos Mundurucus, 4487, e caso sinta necessidade, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário João de Barros Barreto, telefone (91) 32016652 ou pelo E-mail: [cephujbb@ufpa.br](mailto:cephujbb@ufpa.br).

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa que, depois de finalizada, terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico, resguardando quaisquer dados relacionados à sua identificação, que sob nenhuma hipótese será divulgada. Os resultados obtidos serão analisados em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o (a) Senhor(a) e outra arquivada com os pesquisadores responsáveis. Abaixo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida.

**CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO:**

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, do estudo “Prevalência de Síndrome do Intestino Irritável em internos do curso de medicina”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e recompensas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

\_\_\_\_\_ Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_ Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido para participação no presente estudo.

\_\_\_\_\_ Prof. Octávio Gomes de Souza Júnior

## **ANEXO A- TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

### **TERMO DE APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado "**Prevalência de Síndrome do Intestino Irritável em internos do curso de medicina**", protocolo nº597/11 sob a responsabilidade da pesquisadora Lívia Carvalho de Araújo, *orientação do Prof. Dr. Octávio Augusto Britto Gomes de Souza Júnior*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 10.05.2011, por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

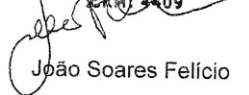
Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.

*Prazo para envio de relatório parcial: setembro/2011.  
Prazo para envio de relatório final: dezembro/2011.*

Situação: *Aprovado.*

Belém, 10 de Maio de 2011.

Dr. João Soares Felício  
Coord. do Comitê de Ética  
em Pesquisa / HUJBB  
CXA: 4409



João Soares Felício

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA

Hospital Universitário João de Barros Barreto – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUJBB/UFPA  
Rua dos Mundurucus, 4487 - Guamá CEP. 66.073-000 Belém / Pará - Brasil Fone/Fax: (91)3201 6652/ PABX:  
(91)3201 6600 Ramal: 6653  
E-mail: [cephujbb@yahoo.com.br](mailto:cephujbb@yahoo.com.br)

## **ANEXO B- "THE BOWEL DISEASE QUESTIONNAIRE"**

Adaptação Transcultural para o Português do Instrumento "The Bowel Disease Questionnaire", utilizado para a avaliação de distúrbios gastrointestinais funcionais  
QUESTIONÁRIO SOBRE SINTOMAS ABDOMINAIS

Primeiro, queremos fazer algumas perguntas sobre qualquer dor no estômago ou na barriga que você tenha sentido no último ano, ou seja, nos últimos 12 meses.

1. Sentiu alguma dor ou pontada no estômago ou na barriga nos últimos 12 meses? 1. Sim  
2. Não

(Por favor NÃO considere dores sentidas durante a menstruação)

EM CASO POSITIVO, POR FAVOR RESPONDA ÀS PERGUNTAS ABAIXO CASO NÃO TENHA SENTIDO NENHUMA DOR, PASSE PARA A PERGUNTA 22, NA PÁGINA ...

**talvez seja difícil descrever uma dor no estômago ou na barriga, podendo ocorrer também mais de um tipo de dor. Pense no tipo de dor mais comum ou principal que você sente. Queremos saber somente sobre as dores no estômago ou na barriga MAIS COMUNS ou PRINCIPAIS.**

2. Você sentiu essa mesma dor ou pontada mais que SEIS vezes nos últimos 12 meses?

1. Sim 2. Não

3. Como é essa dor *normalmente*? (marque apenas uma resposta)

1. LEVE: consegue ignorar, se não pensar nela 3. FORTE: afeta sua rotina de vida  
2. MODERADA: não consegue ignorar, mas não afeta sua rotina de vida 4. MUITO FORTE: afeta muito sua rotina de vida

4. A dor pode ser principalmente na parte superior da barriga (estômago), na parte inferior da barriga ou nos dois lugares. Responda sobre a principal dor que sente.

Essa dor ou pontada na barriga *geralmente* é: (marque apenas uma resposta)

1. ACIMA do umbigo, isto é, na *parte superior da barriga*? 3. Nos dois lugares, TANTO acima COMO abaixo do umbigo?

2. ABAIXO do umbigo, isto é, na *parte inferior da barriga*?

5. Sua dor ou pontada mais comum O ACORDA NO MEIO DA NOITE?

1. Sim 2. Não

6. Essa dor vai e vem periodicamente, ou seja, há períodos de pelo menos um mês em que você não sente dor e períodos de semanas ou meses em que você sente a dor?

1. Sim  
2. Não

7. Quantas vezes você teve essa dor no último ano? (marque apenas uma resposta)

1. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 4. VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
2. CERCA DE UMA VEZ POR MÊS 5. DIARIAMENTE  
3. CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA

8. Quando a dor ocorre, quanto tempo ela dura, geralmente? (marque apenas uma resposta)

1. MENOS DE 30 MINUTOS 3. MAIS DE 2 HORAS E ATÉ 6 HORAS  
2. DE 30 MINUTOS A 2 HORAS 4. MAIS DE 6 HORAS

9. Você se lembra quando foi que essa dor apareceu PELA PRIMEIRA VEZ na sua vida? (marque apenas uma resposta)

1. NOS ÚLTIMOS 6 MESES 5. MAIS DE 5 ANOS E ATÉ 10 ANOS ATRÁS  
2. DE 7 MESES A 1 ANO ATRÁS  
3. MAIS DE 1 ANO E ATÉ 2 ANOS ATRÁS 6. MAIS DE 10 ANOS ATRÁS  
4. MAIS DE 2 ANOS E ATÉ 5 ANOS ATRÁS

OBSERVAÇÃO: QUANDO DIZEMOS FREQUENTEMENTE ISSO QUER DIZER MAIS DO QUE 25% DAS VEZES QUE A DOR APARECE

10. Essa dor ou pontada ocorre **frequentemente** ANTES das refeições ou quando você está com fome?

1. Sim 2. Não

11. Essa dor ou pontada ocorre **frequentemente** IMEDIATAMENTE APÓS as refeições (menos de 30 minutos depois)?

1. Sim 2. Não

12. Essa dor ocorre **frequentemente** de 30 minutos a 2 horas APÓS as refeições?

1. Sim 2. Não

13. Essa dor **frequentemente** MELHORA (é aliviada) com um arrotto ?  
 1. Sim 2. Não
14. Essa dor **frequentemente** MELHORA com a evacuação?  
 1. Sim 2. Não
15. Essa dor **frequentemente** MELHORA se você comer?  
 1. Sim 2. Não
16. Essa dor **frequentemente** MELHORA se você tomar antiácidos (como Pepsamar, Mylanta, Maalox, hidróxido de alumínio)? (marque apenas uma resposta)  
 1. Sim 2. Não 3. NÃO TOMO ANTIÁCIDOS
17. Essa dor **frequentemente** PIORA se você tomar leite ou se alimentar?  
 1. Sim 2. Não
18. Essa dor **frequentemente** PIORA se você ingerir bebida alcoólica, como cerveja, vinho ou outras bebidas? (marque apenas uma resposta)  
 1. Sim 2. Não 3. NÃO BEBO ÁLCOOL
19. Essa dor **frequentemente** passa para outro lugar além de sua barriga?  
 1. Sim 2. Não
20. Você **frequentemente** evacua MAIS quando a dor começa?  
 1. Sim 2. Não
21. Você **frequentemente** tem fezes MOLES quando a dor começa?  
 1. Sim 2. Não
22. Seus hábitos de evacuação se modificaram no último ano?  
 1. Sim 2. Não
23. Como VOCÊ descreveria seus hábitos normais de evacuação no último ano? (marque apenas uma resposta)  
 1. NORMAL 2. TENHO PRISÃO DE VENTRE 3. DIARRÉIA 4. ALTERNO ENTRE PRISÃO DE VENTRE E DIARRÉIA
24. Quantas evacuações você tem **normalmente** durante uma semana? (marque apenas uma resposta)  
 1. 1 OU MENOS 2. 2 3. 3-4 4. 5-8 5. 9-12 6. 13-16 7. 17-21 8. 22-26 9. MAIS DE 26
25. Você toma alguma coisa para prisão de ventre (p. ex. farelo de trigo, fibra, laxante)?  
 1. Sim 2. Não  
 O quê? ----- Com que frequência? -----
26. Você já encontrou MUCO em suas fezes no último ano (isto é, uma substância pegajosa, branca ou esverdeada)?  
 1. Sim 2. Não
27. Você **frequentemente** evacua MENOS que 3 vezes por SEMANA?  
 1. Sim 2. Não
28. Você **frequentemente** evacua MAIS que 3 vezes por DIA?  
 1. Sim 2. Não
29. Você **frequentemente** tem que FAZER FORÇA para evacuar?  
 1. Sim 2. Não
30. Suas fezes **frequentemente** são MOLES ou AQUOSAS?  
 1. Sim 2. Não
31. Suas fezes **frequentemente** são DURAS?  
 1. Sim 2. Não
32. Após uma evacuação, você **frequentemente** sente como se ainda houvesse fezes para evacuar?

1. Sim 2. Não

33. Você **frequentemente** sente necessidade URGENTE de esvaziar seus INTESTINOS, obrigando-o a procurar um banheiro?

1. Sim 2. Não

34. Você encontrou ALGUM SANGUE nas fezes ou no vaso sanitário no último ano?

1. Sim 2. Não

SE A RESPOSTA À PERGUNTA 34 FOR SIM, POR FAVOR RESPONDA ÀS PERGUNTAS 35 A 37 CASO NÃO TENHA ENCONTRADO SANGUE, PASSE PARA A PERGUNTA 38, NA PÁGINA SEGUINTE

35. Esse sangue cobre as fezes?

1. Sim 2. Não

36. Esse sangue é escuro e misturado com as fezes?

1. Sim 2. Não

37. O sangue gruda no papel higiênico?

1. Sim 2. Não

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS QUE SE APLICAM A VOCÊ ATÉ AGORA

**Agora, gostaríamos de saber se você tem outras queixas.**

38. Quantas vezes você sentiu VONTADE DE VOMITAR (enjôo) no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUMA 3. CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
1. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 4. VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
2. CERCA DE UMA VEZ POR MÊS 5. DIARIAMENTE

39. Quantas vezes você REALMENTE VOMITOU no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUMA 3. CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
1. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 4. VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
2. CERCA DE UMA VEZ POR MÊS 5. DIARIAMENTE

40. Você **frequentemente** se sente inchado ou sente sua barriga inchar?

1. Sim 2. Não

41. Você **frequentemente** sentiu dificuldade de engolir no último ano?

1. Sim 2. Não

42. Você sentiu AZIA (sensação de ardência ou dor no esôfago ou na boca do estômago) no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NÃO 3. CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
1. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 4. VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
2. CERCA DE UMA VEZ POR MÊS 5. DIARIAMENTE

SE TIVER SENTIDO AZIA RESPONDA A PERGUNTA 43. SE NÃO TIVER SENTIDO AZIA, PASSE PARA A PERGUNTA 44.

43. Sua azia melhora se tomar antiácidos (como Pepsamar, Mylanta, Maalox ou hidróxido de alumínio)? (marque apenas uma resposta)

1. Sim 3. NÃO TOMO ANTIÁCIDOS  
2. Não

44. Você sentiu a presença de um líquido muito azedo no fundo da garganta no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NÃO 3. CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA  
1. MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 4. VÁRIAS VEZES POR SEMANA  
2. CERCA DE UMA VEZ POR MÊS 5. DIARIAMENTE

45. Você perdeu peso no último ano sem fazer dieta para emagrecer? (marque apenas uma resposta)

0. Não 2. 3 kg OU MAIS  
1. MENOS QUE 3kg

46. Como se compara seu apetite no último ano com o que era antes? (marque apenas uma resposta)

0. DIMINUIU 2. AUMENTOU  
1. MAIS OU MENOS IGUAL



**Outro importante objetivo deste estudo é conhecer seu estado de saúde anterior e as consultas que fez a médicos.**

47. Você teve algum episódio de dor na barriga quando criança?

1. Sim 2. Não

48. Já tirou o apêndice?

1. Sim 2. Não

49. Já tirou a vesícula?

1. Sim 2. Não

Se respondeu SIM, quando? -----

50. Já teve alguma úlcera estomacal (gástrica) ou duodenal?

1. Sim 2. Não

Se respondeu SIM, quando? -----

Como foi diagnosticada (por raio X, endoscopia)? -----

51. Já fez alguma operação no estômago?

1. Sim 2. Não

Se respondeu SIM, quando? ----- Que tipo de operação? -----

52. Já fez alguma outra cirurgia nos intestinos ou na barriga?

1. Sim 2. Não

Se respondeu SIM, quando? -----

Que tipo de operação? -----

53. Quantas vezes você foi a um médico NO ÚLTIMO ANO? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUMA 3. 6-10 VEZES  
1. 1-2 VEZES 4. MAIS DE 10 VEZES  
2. 3-5 VEZES

54. Se foi ao médico no último ano, foi devido a alguma dor ou pontada na barriga?

1. Sim 2. Não

SE A RESPOSTA A PERGUNTA 54 FOR SIM, RESPONDA A 55 A 57

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PASSE PARA A PERGUNTA 58

55. Se foi ao médico no último ano devido a alguma dor ou pontada na barriga, foi porque os sintomas eram graves ou muito graves?

1. Sim  
2. Não

56. Se foi ao médico durante o último ano devido a alguma dor ou pontada na barriga, foi porque os sintomas o preocuparam muito?

1. Sim 2. Não

57. Se foi ao médico no último ano devido a alguma dor ou pontada na barriga, foi porque achou que poderia estar com uma doença grave?

1. Sim 2. Não

58. Se foi ao médico no último ano, foi por problemas nos intestinos?

1. Sim 2. Não

59. Quantos resfriados ou gripes você teve no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUM 3. 6-10  
1. 1-2 4. MAIS DE 10  
2. 3-5

**POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS QUE SE APLICAM A VOCÊ ATÉ AGORA**

Para nos ajudar a interpretar os resultados desta pesquisa, gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre suas atividades, hábitos, emprego e grau de escolaridade. Gostaríamos de lembrar que todas as informações serão mantidas sob o mais completo sigilo.

60. Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a dor ou pontada no estômago ou na barriga?

1. Sim 2. Não

61. Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a problemas intestinais?

1. Sim 2. Não

62. Suas atividades foram interrompidas no último ano devido a outras doenças?

1. Sim 2. Não

Se respondeu SIM, que doenças? -----

63. Com que **freqüência** você faltou a escola no último ano?

0. NENHUMA VEZ 3. 6-10 VEZES  
1. 1-2 VEZES 4. MAIS DE 10 VEZES  
2. 3-5 VEZES

64. NO MOMENTO, você fuma cigarros REGULARMENTE? (marque apenas uma resposta)

1. SIM 3. NUNCA FUMEI  
2. NÃO

65. QUANTOS cigarros, em média, você normalmente fuma POR DIA? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUM 2. ENTRE 5 E 15  
1. MENOS DE 5 3. MAIS DE 15

A próxima pergunta é sobre ingestão de bebidas que contêm álcool (isto é, cerveja, vinho, cachaça, uísque, vodca, gim ou conhaque). Um drinque é igual a uma latinha de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de bebida destilada.

66. Quantos drinques, em média, você tomou POR SEMANA no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUM 1. 3-6 DRINQUES  
1-2 DRINQUES 2. 7-10 DRINQUES  
4. MAIS DE 10 DRINQUES

67. Quantas ASPIRINAS (isto é, comprimidos como Aspirina, Bufferin, AAS, Melhoral), em média, você tomou POR SEMANA no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUMA 3. 7-10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS  
1. 2 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS 4. MAIS DE 10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS  
2. 3-6 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS

68. Quantos TYLENOL, DÔRICO, ou PARACETAMOL, em média, você tomou POR SEMANA no último ano? (marque apenas uma resposta)

0. NENHUM 3. 7-10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS  
1. 1-2 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS 4. MAIS DE 10 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS  
2. 3-6 COMPRIMIDOS OU CÁPSULAS

69. Sexo:

1. Masculino 2. Feminino

70. Sua idade atual:

1. 14 anos 2. 15 anos  
3. 16 anos 4. 17 anos 5. 18 anos ou mais

71. Agora gostaríamos de obter algumas informações sobre o trabalho da pessoa que sustenta sua casa (se for aposentado, descreva sua função principal antes da aposentadoria).

Profissão:

Tipo de Trabalho:

Local onde trabalha:

FINALMENTE, POR FAVOR PREENCHA A LISTA DE SINTOMAS ABAIXO

**ATENÇÃO:** Indique, PARA CADA sintoma ou doença abaixo, a freqüência com que ocorre e o quanto o incomodou durante o último ano. (marque de 0 a 4 em todas as 17 perguntas abaixo em ambas as colunas.)

COM QUE FREQUÊNCIA?

0. não foi problema 3. ocorre várias vezes por semana  
1. ocorre mais ou menos 1 vez por mês 4. ocorre todos os dias  
2. ocorre mais ou menos 1 vez por semana

COM QUE GRAU DE INCÔMODO?

0. não foi problema 3. 3 incômodo forte quando ocorre  
1. ligeiro incômodo quando ocorre 4. extremo incômodo quando ocorre  
2. incômodo moderado quando ocorre

Por favor verifique se respondeu as 17 perguntas – todas devem ter um número de 0 a 4 nas colunas "Com que freqüência?" e "Com que grau de incômodo?"