

LARA MATARA FERREIRA MIQUELIN

***GLOBUS FARINGEUS: ANÁLISE DE
MORBIDADE PSIQUIÁTRICA,
SINTOMAS DEPRESSIVOS, QUALIDADE
DE VIDA E RESPOSTA TERAPÊUTICA***

**Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina - para obtenção de Título de
Mestre em Ciências.**

São Paulo
2007

LARA MATARA FERREIRA MIQUELIN

***GLOBUS FARINGEUS: ANÁLISE DE
MORBIDADE PSIQUIÁTRICA,
SINTOMAS DEPRESSIVOS, QUALIDADE
DE VIDA E RESPOSTA TERAPÊUTICA***

**Tese apresentada a Universidade Federal de
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para
obtenção de Título de Mestre em Ciências.**

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Camacho-Lobato

Co-Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luiz Blay

São Paulo
2007

Miquelin, Lara Matara Ferreira

Globus faringeus: análise de morbidade psiquiátrica, sintoma depressivo, qualidade de vida, e reposta terapêutica. /Lara Matara Ferreira Miquelin -- São Paulo, 2007.

xi, 56f

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Globus Faringeus: Assessment of Psychiatric Morbidity, Depressive Symptoms, Health Related Quality of Life and Therapeutic outcomes.

1. Transtornos da motilidade esofágica. 2. Morbidade. 3. Depressão. 4. Qualidade de vida. 5. Resultado de tratamento .

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DISCIPLINA DE GASTROENTEROLOGIA

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Emilia Inoue Sato

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Maria Lúcia Gomes Ferraz

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Waldemar Costa Ferreira (*in memoriam*) meu amor eterno.

E ao amor inesgotável de meu marido e minha família.

AGRADECIMENTOS

À Professora Luciana Camacho-Lobato pelo seu carinho, força e incentivo, não medindo esforços na realização deste projeto.

Ao Professor Sergio Luiz Blay pela sua atenção e contribuição, sempre estando disposto ao esclarecimento de eventuais dúvidas ao longo deste projeto.

À contribuição da Professora Rozana Ciconelli.

Ao meu marido pelo seu companheirismo, incentivo e principalmente pelo seu amor.

A minha mãe Márcia pelo seu amor e principalmente pela sua força e garra, me ensinando a ser sempre determinada.

À minha irmã e cunhado pelo carinho e incentivo na busca de conquistas profissionais e pessoais e a luz de meu sobrinho Lorenzo.

As minhas eternas amigas Flávia Amaro, Giedre Ingrid e Maria de Lourdes por sempre terem uma palavra de incentivo nesta longa jornada.

Aos residentes da disciplina de gastroenterologia, pelos atendimentos e atenção dada aos pacientes e principalmente a mim.

Aos funcionários do setor de gastroenterologia que sempre estiveram dispostos a ajudar e me receber com sorriso e atenção.

A UNIFESP – Setor de Motilidade Digestiva, que colaborou com apoio financeiro e afetivo neste projeto.

SUMÁRIO

	Páginas
Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Listas	vii
Resumo	xi
INTRODUÇÃO	01
Aspectos Históricos	01
Aspectos Etiológicos	02
Relação entre DRGE e Globus	04
Relação entre Aspectos Psicológicos e Globus	06
OBJETIVOS	09
CASUÍSTICA	10
MÉTODO	12
RESULTADOS	17
DISCUSSÃO	28
CONCLUSÕES.....	41
ANEXOS	
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
Abstract	

LISTA DE TABELAS

	Páginas
Tabela 1 Dados demográficos dos 48 pacientes estudados subdivididos quanto a presença de DRGE	18
Tabela 2 Duração do globus de acordo com a presença ou não de DRGE	19
Tabela 3 Resultados dos aspectos psicológicos, avaliados pelo inventário Beck de depressão e pelo questionário Self Report SRQ-20 em relação a presença ou não de DRGE	20
Tabela 4 Resultados do inventário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 em relação aos grupos estudados.	22
Tabela 5 Identificação de fatores preditivos de resposta terapêutica de todos os pacientes estudados independente da etiologia subjacente	24
Tabela 6 Identificação de fatores preditivos de resposta terapêutica dos pacientes com globus.....	26
Tabela 7 Identificação de fatores preditivos de resposta terapêutica dos pacientes portadores de DRGE.....	27

LISTA DE QUADROS

	Páginas
Quadro 1	
Valores de referência para exames de pHmetria de 24hs desenvolvidos no setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia da Unifesp-EPM).....	13
Quadro 2	
Fatores que motivaram a exclusão dos pacientes.....	17

LISTA DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1: Avaliação da qualidade de vida em indivíduos normais, portadores de distúrbios funcionais do trato gastrointestinal, diferentes graus de DRGE e depressão	29
Figura 2: Avaliação dos componentes físico e mental do SF-36 para indivíduos normais, portadores de distúrbios funcionais do trato gastrointestinal, DRGE e depressão	33
Figura 3: Modelo conceitual ilustrativo das interações entre fatores psicológicos e ambientais, variáveis fisiológicas, forma de apresentação dos distúrbios funcionais do trato gastrointestinal.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS

AE	Aspecto Emocional
AF	Aspecto Físico
AS	Aspecto Social
BDI	Inventário Beck de Depressão
CCEI	Crown-Crisp experiential index
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CI	Intervalo de Confiança
CF	Capacidade Funcional
Dor	Dor
DRGE	Doença do Refluxo Gástrico Esofágico
DSM III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EPI	Eysenck Personality Inventory
EGS	Estado Geral de Saúde
EIE	Esfíncter Inferior do Esôfago
ESE	Esfíncter Superior do Esôfago
EUA	Estados Unidos da América
GHQ	General Health Questionnaire
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
IBP	Inibidor de Bomba de Prótons
MHQ	Middlesex Hospital Questionnaire
MMPI	Inventário Minnesota de Personalidade
OR	Odds Ratio
RGE	Refluxo Gástrico Esofágico
SRQ-20	Self Report Questionnaire
STAI	Questionário de Ansiedade Traço-Estado
SM	Saúde Mental
V	Vitalidade

RESUMO

Globus Faringeus: Análise de Morbidade Psiquiátrica, Sintomas Depressivos, Qualidade de Vida e Resposta Terapêutica.

Objetivo: Avaliar em portadores de globus diagnosticados de acordo com os Critérios Diagnósticos do Consenso de Roma II e globus em associação a DRGE a presença de morbidade psiquiátrica, sintomas depressivos, presença de alterações da qualidade de vida e a ocorrência de fatores preditivos de resposta terapêutica.

Método: Os pacientes foram selecionados na database e no Ambulatório do Setor de Motilidade Digestiva, UNIFESP de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Para a classificação dos dois grupos estudados, utilizamos critérios clínicos (Roma II) e laboratoriais (pHmetria de 24hrs e endoscopia digestiva alta). Adicionalmente foi procedido ao exame físico detalhado da cabeça e pescoço para exclusão de doenças orgânicas associadas. O Questionário SRQ-20 foi utilizado para detecção de morbidade psiquiátrica e o Inventário Beck de Depressão para investigação de sintomas depressivos. A qualidade de vida foi avaliada através da aplicação do Questionário SF-36.

Resultado: Dos 85 pacientes convidados a participar do presente estudo, 37 foram posteriormente excluídos por não se coadunarem com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os 48 pacientes remanescentes foram subdivididos em 2 grupos: globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II (18 F, 3 M, média de idade 49,1 anos e variação 37-72) e globus com DRGE (21 F, 6 M, média de idade 49,6 anos e variação 28-73). Os dois grupos se mostraram homogêneos quanto aos dados demográficos (sexo $p=0,480$ e idade $p=0,877$), e duração dos sintomas globus ($p=0,390$). Quanto à morbidade psiquiátrica e aos sintomas depressivos, foi encontrada tendência, não evidenciada estatisticamente de o grupo globus (Roma II) apresentar mais morbidade psiquiátrica ($p=0,09$) e sintomas depressivos ($p=0,059$) de graus moderado ou grave, quando comparado ao grupo globus com DRGE. Foi evidenciado adicionalmente que a presença do sintoma globus altera significativamente de forma semelhante a qualidade de vida dos pacientes integrantes dos dois grupos estudados (aspecto emocional: escore médio 50,8; saúde mental: escore médio 53,2). Não foi possível determinar fatores preditivos de resposta terapêutica.

Conclusão: a presença de sintomas de globus altera significativamente a qualidade de vida de seus portadores principalmente no que tange os domínios saúde mental e aspecto emocional; quanto a morbidade psiquiátrica e aos sintomas depressivos, estes, tendem a ser mais prevalentes no grupo globus (Roma II), porém, não são capazes de influenciar na resposta terapêutica. Existem indícios marginais de que o gênero (masculino) e o grau de escolaridade possam influenciar na resposta terapêutica, sendo necessário prosseguir com estudos prospectivos com este intuito.

Palavras Chaves: transtorno da motilidade esofágica, morbidade psiquiátrica, depressão, qualidade de vida e resposta terapêutica.

INTRODUÇÃO

Aspectos Históricos

A sensação de bola ou aperto na região do pescoço foi mencionada pela primeira vez nos tratados de Hipócrates (século V AC) como doença do sexo feminino, principalmente relacionada às mulheres na menopausa. Esta manifestação era associada ao útero, órgão este, considerado na ocasião como principal fonte de histeria. Acreditava-se na época que o útero era um órgão flutuante que se movia livremente pelas cavidades corporais femininas, podendo chegar até a base do pescoço (apud Malcomson, 1968).

Descrição mais pormenorizada deste sintoma, no entanto, é creditada a John Purcell, 1707 (apud Malcomson, 1968). De acordo com as palavras textuais deste autor, “Elas tem dificuldade em respirar e acreditam sentir algo na garganta pronto para engasgá-las” “Estas mulheres em desatino, afirmam que com frequência sentem uma bola dura que pressiona contra a parte de fora de suas gargantas, às vezes como se fosse um graveto empurrando para baixo, esticando-as e distendendo-as violentamente, em outros momentos a sensação é de corda amarrada ao redor de seus pescoços, quase as estrangulando e finalmente a sensação de algo subindo por suas gargantas”.

Ainda de acordo com as palavras textuais de John Purcell, 1707 (apud Malcomson, 1968) “Este sintoma não seria vã imaginação nem fantasia sem fundamento, ocasionado pelas perturbações dos espíritos no cérebro, como alguns médicos gostam de falar, mas sim sensações reais verdadeiramente sentidas pelo paciente”.

Segundo Purcell, esta sensação poderia ser creditada à contração da musculatura do pescoço pressionando sobre a cartilagem tireóide.

A etiologia do globus, como veremos a seguir, é muito controversa e tem sido questionada desde a sua descrição inicial, variando de vertente histérica para orgânica e vice-versa ao longo dos anos.

Não obstante a descrição de Purcell 1707, este termo foi registrado no Oxford University Dictionary em 1794 como “globus hystericus” e definido como sensação de engasgo ou bola na garganta ao qual pessoas históricas estão sujeitas.

Aspectos Etiológicos

Dentre os partidários da etiologia “histórica” sobressaem-se Ferenczi (1926), Glaser e Engel (1977) com sua hipótese de que os sintomas seriam a materialização de idéias, comportamentos e desejos reprimidos e Weiss & English (1949) e Wilson & Deary (1988) que acreditavam serem os mesmos indicadores de doenças nervosas ou desordens de conversão, respectivamente. Outros aspectos mencionados dizem respeito à presença de alterações da esfera psicológica como estados ansiosos, depressivos, comportamentos obsessivos ou introvertidos, estresse e hipocondria (Puhakka e Lehtinen 1976; Glaser 1977; Cook 1989; Deary 1989).

Em contraposição às hipóteses psiquiátricas, vários estudos têm demonstrado a associação deste sintoma com causas orgânicas.

O estudo de Malcolmson 1968 se destaca por ser um dos pioneiros a evidenciar alterações orgânicas em associação ao globus. Este autor, através de exames radiológicos contrastados e não-contrastados, observa alterações anatômicas próximas ao local do sintoma em 38% dos casos e distante deste local em 62%.

Adicionalmente, credita-se a este autor a mudança da terminologia “globus hystericus” para “globus pharyngius”. De acordo com este autor esta denominação seria menos comprometedora que a anterior, principalmente nos casos em que não se evidenciava qualquer causa subjacente, na medida em que a primeira remota a época em que o trato digestivo superior não podia ser examinado satisfatoriamente, além de rotular o paciente como portador de doença psiquiátrica.

Ainda com relação à etiologia orgânica já foram descritas como eventuais causas de globus: osteófitos cervicais (Malcolmson, 1968; Maran & Jacobson, 1971), hiperplasia da faringe, linfonodos cervicais, membrana pós-cricóide e bócio (Malcolmson, 19682), carcinoma da base da língua (Tremble, 1959), artrose cervical, hiperviscosidade do muco epifaríngeo (Shiomi et al 2002), aumento das tonsilas linguais e palatinas (Chung et al 2003) e hiperplasia da base da língua (Mamede, De Mello-Filho, Dantas, 2004). Outras desordens orgânicas menos frequentemente associadas são as hérnias de hiato, úlceras duodenal e gástrica (Malcolmson, 1968), carcinoma gástrico ou esofágico (Nishijima et al, 1984), espasmo esofágico difuso (Jacobson, 1924; Linsell, 1987) e acalasia (Malcolmson, 1968).

Do ponto de vista orgânico, atualmente destacam-se a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) (Issing et al 2003; Corso et al 1999; Smith 2000; Watson et al 1974), desordens da atividade contrátil da faringe e dos esfíncteres esofágico superior (Linsell, 1987) e inferior ou do corpo do esôfago (Malcolmson, 1968; Batch, 1988; Jacobson, 1924; Linsell, 1987; Watson et al, 1974; Corso et al 1999; Smith 2000; Chung et al 2003), hipersensibilidade visceral (Levander 2003), tensão excessiva sobre a laringe e faringe (Khalil et al 2003) (ex: hipertensão, incoordenação do esfíncter esofágico superior da faringe e o fechamento precoce do esfíncter superior do esôfago).

Mais recentemente, ou seja, após o Congresso Internacional de Gastroenterologia realizado em Roma em 1988, foi introduzida a vertente funcional, com criação dos Grupos de Trabalho Multinacionais para Diagnóstico das Desordens Funcionais do Trato Gastrointestinal (Drossman, Thompson, Talley, et al 1990).

Os Critérios Diagnósticos emanados do trabalho destes grupos foram publicados entre 1990-1995 com o nome de Classificação de Roma I ((Drossman, Thompson, Talley, et al 1990)). Os critérios para as desordens funcionais do esôfago propriamente ditas foram publicados por Richter, Baldi e Clouse et al em 1992.

Os Critérios Diagnósticos de Roma tem sido constantemente reformulados, sendo o início dos trabalhos que geraram os Critérios Diagnósticos de Roma II a partir de 1995 (Clouse, Richter, Heading, et al 1999) e os de Roma III a partir de 2003 (Drossman, 2006). Segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II, (Clouse, Richter, Heading, et al 1999) globus é uma das seis desordens funcionais do esôfago (globus, sensação de ruminação, dor torácica funcional de presumida origem esofágica, pirose funcional, disfagia funcional e desordem funcional esofágica não especificada), sendo definido como sensação de bola ou de algo preso ou aderido à garganta, ou ainda de aperto na garganta. Pode se tratar de bola ou de sensação de cabelo, ou de outro tipo de corpo estranho nesta região, ou ainda de sensação de aperto ou engasgo. Este sintoma é considerado de natureza funcional, quando nenhuma etiologia orgânica é detectada.

Os Critérios Diagnósticos de globus segundo o consenso de Roma II são:

Ter o sintoma por pelo menos 12 semanas consecutivas ou não nos últimos 12 meses.

- 1- Sensação persistente ou intermitente de bola ou corpo estranho na garganta;
- 2- Ocorrência destas sensações entre as refeições;
- 3- Ausência de disfagia ou odinofagia;

- 4- Ausência de refluxo gastroesofágico patológico, acalasia ou outras desordens motoras com reconhecida base orgânica como, por exemplo, o acometimento secundário do esôfago pela esclerose sistêmica.

Foram considerados portadores de DRGE, pacientes com história clínica clara onde o(s) sintoma(s) dominante(s) era pirose e/ou regurgitação ácida com frequência de no mínimo 3 vezes por semana como descrito por Klauser, Schindlbeck, Muller-Lissner, (1990).

Atualmente os Critérios Diagnósticos de Roma III reconhecem apenas quatro das desordens funcionais do esôfago (globus, dor torácica funcional de presumida origem esofágica, pirose funcional e disfagia funcional), porém não houve alterações dos critérios diagnósticos supracitados (Drossman, 2006).

Relação entre Globus e DRGE

A associação entre globus e DRGE foi inicialmente descrita por Malcomson em 1968, como o achado de 63% de casos com alterações gastroduodenais em radiografias contrastadas do aparelho digestivo alto. Destes, 34% revelaram a presença de hérnia hiatal. Tal observação foi corroborada por outros autores como Delahunty & Ardran (1970) e por Batch (1988). Ambos reportaram hérnia hiatal, respectivamente em 52% e 45,5%, sendo a maioria das hérnias inferior a 2 cm de comprimento (Batch, 1988). A presença de RGE foi de 40% segundo Delahunty & Ardran (1970), 33% e 40% de acordo com Farkkilla (1994) e Batch (1988), respectivamente.

Alguns estudos com a realização de endoscopia digestiva alta também foram favoráveis a esta associação. Entre eles destacam-se os trabalhos de Batch (1988), Lorenz, Jorysz e Clasen (1993) e Poelmans et al (2004).

De acordo com Batch (1988), 54,8% dos pacientes apresentavam hérnia hiatal e 36% erosão e/ou estenose esofagiana à endoscopia. Lorenz, Jorysz e Clasen (1993) descreveram a presença de esofagite grau I, II e III (Classificação de Savary Muller) em 67% dos pacientes estudados. Poelmans et al (2004), por sua vez, relataram ser a prevalência de esofagite erosiva em associação a alterações otorrinolaringológicas da ordem de 52,3% com predominância do grau I em 31,9%. Smith et al (2000), por outro lado, relatam 75% de alterações compatíveis com DRGE à endoscopia digestiva alta, mas não especificam que tipo de alterações se referiam. Farkkilla (1994) por sua vez,

relatou ser esta incidência bastante inferior e da ordem de 24% para hérnia de hiato e 9,5% para esofagite erosiva.

O exame de pHmetria de 24 horas também foi utilizado por vários autores na tentativa de determinar a participação da DRGE na fisiopatologia do globus. Os resultados obtidos, no entanto, são bastante díspares variando de 15% (Wilson 1987) a 65% (Batch 1988, Chevalier, Brossard e Monnier 2003).

Tal disparidade pode ser consequência dos valores de referência adotados para esta avaliação. A utilização de critérios internacionalmente aceitos como os de De Meester e Castell, revelou positividade em 26% (Corso, Pursnani, Mohiuddin et al 1998), 30,8% (Hill, Stuart, Fung et al 1977) e 58% (Koufman 1991).

Critérios clínicos também foram investigados com este fim, sendo observado alto índice de pirose em associação a maioria dos trabalhos dos países do mundo ocidental, a saber, Batch (1988) com 50,7% Wilson e Deary (1988) com 56% e Thompson & Heaton (1982) com 69,5% (anual 33,6%, mensal 21,3%, semanal 10,3% e diária 4,0%). De acordo com o Grupo de Estudos Argentino da DRGE (Chiocca, Olmos, Salis, et al 2005), a prevalência de globus nesta enfermidade varia com a frequência de aparecimento de sintomas desta doença, sendo 26,3% nos casos com sintomas frequentes de DRGE, 14,4% nos sintomas ocasionais e 5,0% nos sem refluxo. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Ainda em referência a esta casuística, globus foi o sintoma atípico mais comumente encontrado (OR 2,22, 95%, CI 1.35-3.66, $p = 0.0018$) em pacientes com DRGE frequente. Resultados semelhantes também foram observados por Locke III, Talley, Fett, et al, (1997) e Wong, Lai, Lam et al (2003).

Nos países do mundo oriental, Hill, Stuart, Fung et al (1977) descreveram a prevalência de RGE em 11,5% dos pacientes investigados.

De acordo com dados da literatura o índice de resposta terapêutica com o uso de bloqueador H_2 é bastante variável e equivalente a 13% segundo Moloy e Charter (1992) e 42% (total 10% e parcial 32%) de acordo com Farkkilla (1994) e 70% (total 28% e parcial 42%) segundo Batch (1988). Com o uso de inibidor de bomba de prótons este valor aumenta para 77% segundo Chevalier, Brossard e Monnier (2003).

Associação com alterações Psicológicas

A associação entre globus e manifestações psicossomáticas remonta aos primórdios da descrição deste sintoma, sendo inicialmente baseada em experiências e observações pessoais (Purcell 1707; Ferenczi 1926; Weiss & English 1949; Malcomson 1968; Glaser & Engel 1977; Wilson & Deary 1988). Critérios mais objetivos para avaliação de tal associação surgiram nas décadas de 50 a 70 com a utilização de instrumentos de avaliação de alterações psiquiátricas e de personalidade nestes pacientes (Taylor, 1953; Eysenk, 1964; Crown & Crisp, 1966; Miyake & Matsuzaki 1970, e Dahlstrom, 1972).

Lehtinen e Puhakka (1976) por meio da utilização do questionário Middlesex Hospital (Questionnaire MHQ) (Crown & Crisp, 1966), que avalia comportamentos neuróticos e da escala de avaliação de ansiedade (Scale for manifestation anxiety) (Taylor 1953), foram dos primeiros a determinar a existência de dois grupos distintos de portadores de globus: os com alterações psiquiátricas, principalmente de ordem neurótica e de personalidade obsessiva, e aqueles sem alterações da esfera psiquiátrica. No primeiro grupo havia franco predomínio do sexo feminino.

As opiniões acerca da existência de transtornos psicológicos em portadores de globus até hoje permanecem divididas.

Alterações de personalidade, principalmente no que tange ao achado de neuroticismo, comportamentos introvertido, depressivo e/ou ansioso e hipocondríaco foram relatados por diversos autores (Batch, 1988; Wilson, Deary, Maran, 1988; Deary Wilson, Mitchel et al, 1989; Deary e Wilson, 1994 e Garcia, Miquel, Andino, 20002) por meio da aplicação dos questionários Eysenck Personality Inventory (Eysenk, 1964), Crown-Crisp Experiential Index (Crown & Crisp, 1979) e Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Dahlstrom, 1972) a portadores de globus.

A predominância do sexo feminino foi enfatizada pelos autores supracitados, porém segundo Pratt, Tobin, Gallagher (1976), a intensidade de sintomas depressivos pode ser maior no sexo masculino.

Moser, Granser, Schneider et al (1991), por outro lado, descreveram que não obstante os escores obtidos com a aplicação de o questionário MMPI serem maiores em portadores de globus em comparação com a população normal, os níveis obtidos são

semelhantes aos de outros pacientes ambulatoriais e inferiores ao nível de corte de 70, adotado por esta escala.

A avaliação de estados depressivos foi realizada por meio da aplicação do Inventário Beck de Depressão (Beck, Steer, Garbin, 1988) sendo observado presença de sintomas depressivos em 46,5% até 64% (Moser, Vacariu-Granser, Schneider et al 1991; Deary, Smart, Wilson, 1992) dos pacientes com globus, com predominância de sintomas depressivos de grau leve. Estes níveis são semelhantes aos encontrados para pacientes ambulatoriais com queixas gastrointestinais (Moser, Wenzel-Abatzi, Stelzeneder et al, 1998).

No que tange à pesquisa de transtornos ansiosos, utilizam-se o Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger (STAI) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) a Classificação de Ansiedade segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM III-R (American Psychiatric Association, 1987) e a escala Hospitalar de Ansiedade Depressão (HAD) (Zigmond, Snaith, 1983) sendo observado escores levemente superiores aos da população normal ((Moser, Vacariu-Granser, Schneider et al 1991), 25% de síndrome do pânico e 8% de agorafobia (Deary & Wilson, 1994). Nos 38% dos pacientes com globus que preencheram os critérios do DSM III para doenças psiquiátricas o nível de ansiedade era bem maior e associado a mau humor (Deary & Wilson, 1994). O nível de ansiedade do paciente se mostrou um fator preditor independente com relação à reação do paciente frente aos seus sintomas faríngeos (Deary, Wilson, Harris, 1995).

De acordo com Othmer & Desouza (1985), globus seria o quarto principal sintoma discriminativo de desordem de somatização, perdendo apenas para vômito, afonia e dores nas pernas.

Várias modalidades terapêuticas foram descritas ao longo dos anos para o tratamento de globus associado a transtornos psicológicos destacando-se a simples orientação e esclarecimento (Moloy e Chater, 1982, Kellner, 1985), uso de benzodiazepínicos (Moloy e Chater, 1982), terapia comportamental (Solyom e Sookman, 1980), terapia eletro convulsiva (Cybulska, 1998) e o uso de antidepressivos (Brown, Schwartz, Summergrad et al, 1986).

A administração de antidepressivos em doses variáveis a portadores de globus foi introduzida em 1986 por Brown, Schwartz, Summergrad et al, baseados na boa resposta apresentada por portadores de hipocondria monossintomática a esta classe de medicamentos. Deary & Wilson (1994), por outro lado observaram alto percentual de

abandono do tratamento com antidepressivos quando doses terapêuticas para depressão foram administradas.

Como pode ser observado, a revisão extensa e pormenorizada da literatura nacional e internacional não revelou trabalhos científicos sobre qualidade de vida em globus. Adicionalmente, o grau de morbidade psiquiátrica e a existência de fatores preditivos de resposta terapêutica em associação ao globus também são desconhecidos em nosso meio. Acredita-se que identificar e valorizar a presença de globus contribui para implementação de medidas terapêuticas que proporcionem uma melhor qualidade de vida destes pacientes.

Desta forma, o presente trabalho justifica-se com o intuito de preencher essas lacunas.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo é avaliar portadores de globus (diagnosticado de acordo com os Critérios Diagnósticos de Roma II e globus em associação a DRGE) quanto a:

- 1.1 Existência de morbidade psiquiátrica e sintomas depressivos;
- 1.2 Presença de alterações de Qualidade de vida;
- 1.3 Ocorrência de fatores preditivos de resposta terapêutica.

CASUÍSTICA

Oitenta e cinco pacientes portadores de globus (72 F e 13 M; Média de Idade: 53 anos, variação 26 a 74 anos), foram identificados na database, do Setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia, Unifesp-EPM) e/ou procuraram o Ambulatório de Gastromotilidade no período de junho a dezembro de 2005, motivados por cartazes afixados nos Setores de Triagem, Emergência e Ambulatórios do Hospital São Paulo, sendo convidados a participar do presente estudo aqueles que estavam em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão abaixo listados.

Fatores de Inclusão:

- Idade $\geq$ 18 anos;
- Sem distinção de sexo, cor, religião e/ou estado civil;

Ser portador de globus definido por: ter o sintoma por pelo menos 12 semanas consecutivas ou não nos últimos 12 meses; sensação persistente ou intermitente de bola ou corpo estranho na garganta; ocorrência destas sensações entre as refeições; ausência de disfagia ou odinofagia; ausência de refluxo gastroesofágico patológico, acalasia ou outras desordens motoras com reconhecida base orgânica como, por exemplo, o acometimento secundário do esôfago pela esclerose sistêmica, de acordo com os Critérios Diagnósticos de Roma II (Clouse, Richter, Heading, et al 1999), ou ter o sintoma em associação a DRGE.

Fatores de Exclusão:

- Não estar na vigência de sintoma no momento da avaliação;
- Incapacidade de comunicação, presença de doenças mentais, drogadição e/ou alcoolismo que impossibilitasse responder adequadamente os instrumentos da pesquisa;
- Recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Pós-Informado;
- Presença de alterações orgânicas subjacentes, possivelmente associadas à sensação de bola e/ou pressão no pescoço (ex: tumores da região cervical; bócio, nódulos e ou cistos de tireóide; nódulos linfáticos, hipertrofia de tonsila faríngea, hipertrofia lingual; tumoração para-esofágica, osteófitos cervicais, xerostomia, entre outros);

- Cirurgias prévias de cabeça e pescoço, palatinas e/ou cirurgias anti-refluxo ou gastrectomias parciais ou totais.

Os pacientes selecionados foram posteriormente subdivididos em dois subgrupos, a saber:

Globus: que incluía os portadores de globus classificados de acordo com os Critérios Diagnósticos de Roma II (Clouse, Richter, Heading, et al 1999).

Globus com DRGE: que incluía os portadores de globus com DRGE confirmada por história clínica (Klauser, Schindlbeck, Muller-Lissner, 1990) e/ou exames complementares (pHmetria de 24h e/ou Endoscopia Digestiva Alta).

MÉTODO

A metodologia adotada neste trabalho encontra-se descrita a seguir de acordo com os diversos procedimentos realizados.

1. Classificação do grupo de estudo em subgrupos

Foram utilizados para este fim, critérios clínicos e exames complementares como especificado a seguir.

1.1 Critérios Clínicos

Os pacientes foram subdivididos de acordo com a história clínica em portadores de globus, ou de globus como manifestação supra-esofagiana da DRGE. Para o primeiro grupo foram adotados os Critérios Diagnósticos de Roma II (Clouse, Richter, Heading, et al 1999) já mencionados.

Foram considerados portadores de DRGE, pacientes com história clínica clara onde o(s) sintoma(s) dominante(s) era(m) pirose e/ou regurgitação ácida com frequência de no mínimo 3 vezes por semana como descrito por Klauser, Schindlbeck, Muller-Lissner, (1990).

1.2 Exame Físico

Os pacientes foram submetidos a exame físico geral com especial realce a região da cabeça e pescoço para pesquisa das diversas doenças orgânicas associadas a este sintoma, descritas no subitem aspectos etiológicos do Capítulo Introdução. Exame físico este, realizado pela equipe médica do Ambulatório de Motilidade Digestiva da Disciplina de Gastroenterologia da UNFESP-EPM.

1.3 Exames complementares:

1.3.1 pHmetria de 24h

Realizada no Setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia da Unifesp-EPM) com a utilização de aparelho de pHmetria Diggitraper Mark III (Medtronic, EUA) e cateteres semidescartáveis de antimônio com eletrodo referencial externo e pelo menos 1 canal de pHmetria localizado 5 cm acima do bordo superior do

esfíncter inferior do esôfago (EIE), localizado por meio do exame de manometria prévia.

Os pacientes foram classificados em portadores ou não de DRGE de acordo com os valores de referência desenvolvidos no Setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia, Unifesp-EPM) em 84 indivíduos normais (Camacho-Lobato, 2004). Estes valores encontram-se listados no Quadro abaixo.

Quadro 1: Valores de referência para exames de pHmetria de 24h desenvolvidos no setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia da Unifesp-EPM (Camacho-Lobato, 2004)).

Variáveis	Canal Distal (5 cm acima do EIE)	Canal Proximal (1 a 2 cm acima do ESE)
% T pH < 4 total	4,6	0,9
% T pH < 4 ortostático	6,8	1,2
% T pH < 4 decúbito	1,5	0,4
Índice de De Meester	> 17,7	-----

1.3.2 Endoscopia Digestiva Alta

Foi adotada a classificação de Los Angeles (Armstrong, Bennett, Blum et al, 1996), sendo os pacientes considerados portadores da DRGE quando da existência de lesões de continuidade da mucosa esofágica, independente do grau desta lesão.

2. Pesquisa de Morbidade Psiquiátrica e Depressão

Foram utilizados com este propósito os instrumentos de avaliação SRQ-20 (Mari JJ, Williams P, 1986) e o Inventário Beck de Depressão (Beck, AT; Steer, RA; Garbin, MG; 1988), ambos devidamente adaptados e validados para o uso na população Brasileira e amplamente utilizados nas áreas de assistência e pesquisa.

2.1 SRQ-20 (Self Report Questionnaire)

É composto por 20 questões com respostas do tipo sim/não que investigam a presença de aspectos ansiosos e depressivos (Mari JJ, Williams P, 1986). O escore é obtido pela soma de repostas positivas (sim), sendo considerados portadores de morbilidade psiquiátrica os pacientes com escores superiores a 8. Este questionário foi devidamente traduzido, adaptado e validado para o uso na população Brasileira

(Harding, Arango, Baltazar, et al 1980). A versão brasileira do mesmo, encontra-se disponível no Anexo 1.

2.2 Inventário Beck de Depressão

É composto por 21 itens que auxiliam na detecção do sintomas depressivos e na sua caracterização em quatro graus de gravidade (mínima, leve, moderada e grave) (Beck, AT; Steer, RA; Garbin, MG; 1988). Cada pergunta tem cinco opções de resposta cuja pontuação varia de 0-3. A soma da pontuação das respostas de cada uma das 21 perguntas determina o escore do paciente. Este é classificado de acordo com seu escore como tendo depressão mínima (escore 0 -11), leve (escore 12-19), moderada (escore 20-35) ou grave (escore 36-63). Este instrumento foi devidamente traduzido, adaptado e validado para o uso na população Brasileira (Cunha, 2001) e a versão nacional encontra-se disponível no Anexo 2.

Ambos os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora principal sob a forma de entrevista, haja vista o baixo índice de escolaridade da população brasileira. (IBGE, 2000)

3. Avaliação de Qualidade de Vida

Esta avaliação foi realizada através de aplicação do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36) devidamente traduzido, adaptado e validado para o uso na população Brasileira (Cicconeli RM, Ferraz MB, et al 1999).

O questionário SF-36 é composto por 35 itens subdivididos em 8 domínios a saber; Capacidade Funcional (10 item), Aspecto Físico (4), Dor (2), Estado Geral de Saúde (5), Vitalidade (4), Aspecto Social (2), Aspecto Emocional (3) e Saúde Mental (5) (Velanovich V, Vallance SR, Gusz JR et al, 1996). A pontuação deste questionário é individualizada para cada um dos seus oito domínios e varia de 0 a 100, sendo o 0 correspondente a pior qualidade de vida e 100 a melhor qualidade de vida. Considera-se como indício de alterações de qualidade de vida a obtenção de pontuações inferiores ao nível de corte de 50 ou variações de no mínimo 5 pontos por domínio em relação a população normal (Ware, Snow, Kosinski, et al, 1993). A versão traduzida para português Brasil deste questionário está disponível no Anexo 3.

A aplicação deste instrumento foi também realizada por meio de entrevista pela autora principal após os questionários de pesquisa de morbidade psiquiátrica e depressão supracitados.

4. Tratamento Administrado

A seleção da medicação a ser administrada baseou-se na suspeita do médico assistente sobre a etiologia subjacente e nos aspectos fisiopatológicos associados ao globus diagnosticado pelos Critérios Diagnósticos do consenso de Roma II e a DRGE.

Para os pacientes com DRGE optou-se pela administração de inibidor de bomba de prótons (IBP) duas vezes por dia, 15 min antes do café da manhã e do jantar por período mínimo de três meses. O IBP de eleição foi o omeprazol 20 mg, o qual poderia ser substituído por outro IBP no caso do aparecimento de efeitos colaterais.

Nos pacientes sem DRGE foi decidido pela utilização de droga moduladora da sensibilidade visceral sendo selecionado o antidepressivo tricíclico imipramina na dose de 25 mg por período não inferior a 4 semanas como droga de escolha. Na eventual presença de intolerância, este medicamento poderia ser substituído por outro antidepressivo do grupo dos tricíclicos ou do grupo dos inibidores da recaptação de serotonina.

5. Avaliação da resposta terapêutica

Esta avaliação foi realizada por meio da utilização de Escala Visual Analógica com variação de 0 a 10, onde zero correspondia à ausência de resposta, e 10 a resposta total. Esta pontuação era realizada pelo paciente, sem a intervenção da entrevistadora, que se limitava a explicar o significado destes números.



Para fins de análise estatística foi adotado como ausência de resposta os valores de 0 a 5 e como resposta parcial/total os valores de 6 a 10.

6. Análise Estatística

A análise estatística dos resultados desta tese foi realizada por serviço especializado (PGS Medical Statistics) com a utilização do software SPSS versão 12.0 (Illinois, EUA) e com o emprego dos testes de Generalização do teste de Fisher e do teste do Qui-Quadrado.

Os valores de Odds Ratio (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança foram calculados pelo programa CIA – Confidence Interval Analysis versão 2.0 (Trevor Bryant da University of Southampton).

7. Parecer do Comitê de Ética em pesquisa

O estudo em questão foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP – HSP em novembro de 2004, sendo protocolado com o número: 1190/04. O parecer do CEP encontra-se disponível no Anexo 4. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre- Esclarecido antes de sua inclusão no trabalho (Anexo 5).

RESULTADOS

Dos 85 pacientes (72 F e 13 M; Média de Idade: 53 anos, variação 26 a 74 anos) convidados a participar do presente estudo, 37 foram posteriormente excluídos ou por não terem comparecido às consultas previamente agendadas (N=14/38%) ou por apresentarem alguns dos fatores de exclusão anteriormente listados (N= 23/62%). Os fatores que motivaram a exclusão destes pacientes encontram-se listados na Quadro 2.

Quadro 2: Fatores que motivaram a exclusão dos pacientes

Fator de exclusão	N (%)
Não comparecimento à consulta	14 (37,83%)
Não apresentar mais sintomas de Globus	8 (21,62%)
Presença de Doenças Tiroideanas:	5 (13,51%)
Nódulo Tiroideano	4 (10,81%)
Tiroidite de Hashimoto	1 (2,70%)
Xerostomia	4 (10,81%)
Presença de Doenças Esofagianas:	3 (8,10%)
Megaesôfago chagásico	1 (2,70%)
Divertículo Esofagiano	1 (2,70%)
Candidíase Esofagiana	1 (2,70%)
Presença de Cirurgias Prévias:	3 (8,10%)
Gastrectomia total	1 (2,70%)
Gastrectomia parcial	1 (2,70%)
Ressecção de carcinoma espinocelular de corda vocal D	1 (2,70%)

1- Caracterização da população estudada

a) Dados Demográficos:

Os dados demográficos dos 48 pacientes estudados encontram-se expostos na Tabela 1 separados em dois grupos. Como pode ser observado nesta tabela, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos globus e globus com DRGE quanto às variáveis sexo, idade, situação conjugal, morar sozinho, escolaridade, anos de estudo e renda familiar ($p > 0,05$ para todas as comparações), confirmando a homogeneidade dos grupos estudados (Tabela 1).

Tabela 1: Dados demográficos dos 48 pacientes integrantes dos dois grupos estudados

	Globus (n=21)	Globus Com DRGE (n=27)	P
Sexo			
Feminino	18 (85,7%)	21 (77,8%)	0,480*
Masculino	3 (14,3%)	6 (22,2%)	
Idade			
Média ± DP	49,1 ± 9,2	49,6 ± 12,6	0,877***
Variação	37 - 72	28 - 73	
≤ 64 anos	19 (90,5%)	22 (81,5%)	0,372*
≥ 65 anos	2 (9,5%)	5 (18,5%)	
Situação conjugal			
Casado	12 (57,1%)	21 (77,8%)	0,126**
Não casado	9 (42,9%)	6 (22,2%)	
Morar sozinho			
Sim (1 pessoa)	2 (9,5%)	2 (7,4%)	0,793*
Não (≥ 2 pessoas)	19 (90,5%)	25 (92,6%)	
Escolaridade			
Até 2º Grau incompleto	16 (76,2%)	21 (77,8%)	0,897*
2º Grau completo ou mais	5 (23,8%)	6 (22,2%)	
Anos de estudo			
Média ± DP	5,6 ± 0,8	6,7 ± 0,8	0,367***
Variação	0 - 11	1 - 15	
≤ 8 anos	15 (71,4%)	19 (70,4%)	0,936**
> 8 anos	6 (28,6%)	8 (29,6%)	
Renda Familiar			
≤ 2 Salários mínimos	13 (61,9%)	12 (44,4%)	0,230**
> 2 salários mínimos	8 (38,1%)	15 (55,6%)	

* Generalização do Teste Exato de Fisher; ** Teste Qui-Quadrado, *** One way ANOVA

b) Quanto à duração do globus.

Os pacientes estudados foram separados em dois grupos quanto à duração do globus em (≥ 3 m e ≤ 12 m, > 12 m), sendo respeitados os critérios de Roma II quanto a duração mínima de 3 meses. Os resultados obtidos encontram-se listados na Tabela 2.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos globus e globus com DRGE quanto ao tempo de duração do globus ($p = 0,390$), mostrando novamente homogeneidade dos grupos (Tabela 2).

Tabela 2: Duração do Globus para os dois grupos estudados

	Globus (n=21)	Globus Com DRGE (n=27)	P
Duração do Globus em meses			
Média $\pm$ DP	10.5 $\pm$ 2,5	8.6 $\pm$ 4.4	
Variação	6 - 12	3 - 12	
≥ 3 e ≤ 12 meses	7 (33,3%)	6 (22,2%)	
			0,390**
Média $\pm$ DP	67 $\pm$ 56.2	54.2 $\pm$ 33.6	
Variação	24 – 240	24 - 120	
> 12 meses	14 (66,7%)	21 (77,8%)	

** Teste Qui-Quadrado

c) Quanto aos Aspectos Psicológicos.

Os resultados deste item estão ilustrados na Tabela 3 individualizados quanto a presença ou não de sintomas depressivos (mínima/leve de 11 a 19 e moderada/grave de 20 a 63) de acordo com o Inventário Beck e morbidade psiquiátrica de acordo com o questionário Self Report SRQ- 20 (sem morbidade psiquiátrica < 8 , com morbidade psiquiátrica ≥ 8).

Quanto à distribuição dos resultados do inventário Beck, foi encontrada diferença significativa ($p=0,044$) quando os grupos globus e globus com DRGE foram avaliados sem subdivisão em graus de sintomas depressivos. Esta observação no entanto, não se mantém quando da análise por graus de sintoma ($p = 0,059$), não obstante o grupo globus tenha apresentado três vezes mais sintomas depressivos de grau moderado ou grave (Tabela 3).

Com relação a morbididade psiquiátrica, embora valores numéricos indiquem que o grupo globus tenha mais morbididade psiquiátrica, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados ($p = 0,715$) (Tabela 3).

Tabela 3: Resultados dos aspectos psicológicos, avaliados pelo inventário Beck de depressão e pelo questionário Self Report SRQ-20 para os dois grupos estudados

	Globus (n=21)	Globus Com DRGE (n=27)	P
Sintoma Depressivo (BECK)			
Média ± DP	16 ± 11	10,4 ± 10,4	0,044**
Leve ou mínima	14 (66,7%)	24 (88,9%)	0,059*
Moderada ou grave	7 (33,3%)	3 (11,1%)	
Morbidade Psiquiátrica (SRQ-20)			
Média ± DP	9,4 ± 4,9	7,2 ± 4,2	0,094**
Sem (< 8)	9 (42,9%)	13 (48,1%)	0,715*
Com (≥ 8)	12 (57,1%)	14 (51,9%)	

* Teste Qui-Quadrado, ** Teste t de Student

d) Quanto à Qualidade de vida.

Os resultados dos oito domínios (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental e dos Componentes Físico e Mental), integrantes do inventário genérico de avaliação de

qualidade de vida SF-36 para os grupos estudados, encontram-se listados na Tabela 4, sob a norma de média $\pm$ DP, e variação. Adicionalmente os mesmos foram separados quanto ao nível de corte de 50.

Como demonstrado na tabela 4, a presença de globus é capaz de afetar de forma importante a qualidade de vida dos seus portadores, à semelhança aos portadores de globus em associação a DRGE. Neste estudo sete (aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental) dos oitos domínios estudados foram comprometidos, porém, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, com exceção Aspecto Social ($p= 0,039$) e Saúde Mental ($p= 0,028$) (Tabela 4). Adicionalmente o componente mental dos portadores de globus encontra-se bastante comprometido e numericamente inferior ao grupo com DRGE. O componente físico, em contrapartida, encontra-se preservado nos dois grupos. Não se observa no entanto, diferença estatística para as comparações supracitadas.

Tabela 4: Resultados do inventário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 em relação aos grupos estudados

SF-36: Domínios	Globus (n=21)	Globus - Com DRGE (n=27)	P
Capacidade Funcional			
Média ± DP	83,6±15,3	82,2±20,6	0,933
Variação	50-100	10-100	
< 50	0 (0,0%)	2 (7,4%)	
≥ 50	21 (100,0%)	25 (92,6%)	0,124**
Aspectos Físicos			
Média ± DP	60,7± 49,1	62,9 ± 43,5	0,945
Variação	0 - 100	0 - 100	
< 50	8 (38,1%)	8 (29,6%)	
≥ 50	13 (61,9%)	19 (70,4%)	0,537*
Dor			
Média ± DP	63,5 ± 30,9	58,9 ± 26,4	0,622
Variação	22 - 100	22 - 100	
< 50	9 (42,9%)	10 (37,0%)	
≥ 50	12 (57,1%)	17 (63,0%)	0,683*
Estado Geral de Saúde			
Média ± DP	66,0 ± 26,8	67,7 ± 27,6	0,770
Variação	15 - 97	2 - 100	
< 50	6 (28,6%)	7 (25,9%)	
≥ 50	15 (71,4%)	20 (74,1%)	0,838*
Vitalidade			
Média ± DP	56,9 ± 26,9	57,7 ± 23,8	0,868
Variação	0 - 95	10 - 100	
< 50	8 (38,1%)	11 (40,7%)	
≥ 50	13 (61,9%)	16 (59,3%)	0,853*
Aspectos Sociais			
Média ± DP	64,3 ± 32,4	82,4 ± 26,0	0,039
Variação	0 - 100	25 - 100	
< 50	4 (19,0%)	2 (7,4%)	
≥ 50	17 (81,0%)	25 (92,6%)	0,227**
Aspectos Emocionais			
Média ± DP	50,8 ± 54,1	52,5 ± 45,5	0,928
Variação	0 - 100	0 - 100	
< 50	10 (47,6%)	12 (44,4%)	0,827*
≥ 50	11 (52,4%)	15 (55,6%)	
Saúde Mental			
Média ± DP	53,2 ± 25,0	67,1 ± 22,9	0,070
Variação	40 - 88	20 - 100	
< 50	12 (57,1%)	7 (25,9%)	
≥ 50	9 (42,9%)	20 (74,1%)	0,028*
SF-36: Componentes			
Físico			
Média ± DP	49,7 (11,3)	47,5 (11,4)	
Variação	32,2 – 68,7	22,7 – 64,9	0,568 ***
< 50%	10 (47,6%)	15 (55,6%)	
≥ 50%	11 (62,4%)	12 (44,4%)	0,585 *
Mental			
Média ± DP	38,8 (15,3)	45,1 (12,5)	
Variação	11,4 – 60,0	14,6 – 68,9	0,194 ***
< 50%	15 (71,4%)	17 (63,0%)	
≥ 50%	6 (28,6%)	10 (37,0%)	0,537 *

* Teste do Qui-quadrado;** Generalização do Teste deFisher;*** Prova de Mann-Whitney;

2- Identificação de fatores preditivos de resposta terapêutica.

Foram testados como possíveis ou eventuais fatores preditivos de resposta terapêutica todas as variáveis estudadas no item caracterização da população estudada a saber: sexo, idade, situação conjugal, morar sozinho, escolaridade, anos de estudo, renda familiar, duração do globus (≥ 3 e < 12 meses, > 12 meses.), aspectos psicológicos (sintomas depressivos mínima/leve e moderada/grave, presença ou ausência de morbidade psiquiátrica) e avaliação da qualidade de vida (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental).

Os resultados obtidos foram distribuídos em três tabelas. A primeira (Tabela 5) contém a análise do grupo como um todo, a segunda dos pacientes com globus (Tabela 6) e a terceira dos pacientes globus com DRGE (Tabela 7)

Não foram encontradas associações estatisticamente significantes para as variáveis idade, morar sozinho, escolaridade, anos de estudo, renda familiar, situação conjugal, duração do globus, sintomas depressivos, morbidade psiquiátrica para os 8 domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, ($p > 0,05$ em todas as comparações), mostrando que essas variáveis não influenciam na resposta terapêutica dos pacientes com globus (Tabela 5).

Foi encontrada no entanto, diferença numérica para a variável sexo, indicando existir tendência, não evidenciada estatisticamente ($p = 0,058$), de que o sexo masculino tenha melhor resposta terapêutica (77,8%) que o feminino (43,6%) (Tabela 5).

Tabela 5: Identificação de fatores preditivos de resposta terapêutica de todos pacientes estudados independente da etiologia subjacente.

Variáveis	Com Resposta	Sem Resposta	Odds Ratio	P
Sexo				
Feminino	17 (43,6%)	22 (56,4%)	0,22	0,058*
Masculino	7 (77,8%)	2 (22,2%)	IC [0,04; 1,20]	
Idade				
≤ 64 anos	20 (48,8%)	21 (51,2%)	0,71	0,682*
≥ 65 anos	4 (57,1%)	3 (42,9%)	IC [0,14; 3,60]	
Situação conjugal				
Casados	16 (48,5%)	17 (51,5%)	0,82	0,755*
Não casados	8 (53,3%)	7 (46,7%)	IC [0,24; 2,80]	
Morar sozinho				
Não (≥ 2 pessoas)	22 (50,0%)	22 (50,0%)	1,00	1,00*
Sim (1 pessoa)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	IC [0,13; 7,75]	
Escolaridade				
≥ 2º Grau completo	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,79	0,731**
Até 2º Grau incompleto	19 (51,4%)	18 (48,6%)	IC [0,20; 3,05]	
Anos de estudo				
> 8 anos	8 (57,1%)	6 (42,9%)	1,50	0,525**
≤ 8 anos	16 (47,1%)	18 (52,9%)	IC [0,43; 5,26]	
Renda Familiar				
> 2 salários mínimos	13 (56,5%)	10 (43,5%)	1,65	0,386**
≤ 2 Salários mínimos	11 (44,0%)	14 (56,0%)	IC [0,53; 5,18]	
Duração do Globus				
≥ 3 e ≤ 12 meses	7 (53,8%)	6 (46,2%)	1,24	0,745**
> 12 meses	17 (48,6%)	18 (51,4%)	IC [0,34; 4,43]	
Sintoma Depressivo (BECK)				
Leve e mínima	20 (52,6%)	18 (47,4%)	1,67	0,477**
Moderada e grave	4 (40,0%)	6 (60,0%)	IC [0,40; 6,87]	
Morbidade Psiquiátrica (SRQ-20)				
Sem (< 8)	12 (54,5%)	10 (45,5%)	1,40	0,562**
Com (≥ 8)	12 (46,2%)	14 (53,8%)	IC [0,45; 4,38]	
SF-36: Domínios				
Capacidade Funcional				
≥ 50	23 (50,0%)	23 (50,0%)	1,00	1*
< 50	1 (50,0%)	1 (50,0%)	IC [0,06; 16,97]	
Aspectos Físicos				
≥ 50	14 (43,8%)	18 (56,3%)	0,47	0,221**
< 50	10 (62,5%)	6 (37,5%)	IC [0,14; 1,60]	
Dor				
≥ 50	13 (44,8%)	16 (55,2%)	0,59	0,376**
< 50	11 (57,9%)	8 (42,1%)	IC [0,18; 1,90]	
Estado Geral de Saúde				
≥ 50	18 (51,4%)	17 (48,6%)	1,23	0,745**
< 50	6 (46,2%)	7 (53,8%)	IC [0,34; 4,43]	
Vitalidade				
≥ 50	16 (55,2%)	13 (44,8%)	OR = 1,69	0,376**
< 50	8 (42,1%)	11 (57,9%)	IC [0,53; 5,44]	
Aspectos Sociais				
≥ 50	22 (52,4%)	20 (47,6%)	OR = 2,20	0,379**
< 50	2 (33,3%)	4 (66,7%)	IC [0,36; 13,34]	
Aspectos Emocionais				
≥ 50	12 (46,2%)	14 (53,8%)	OR = 0,71	0,562**
< 50	12 (54,5%)	10 (45,5%)	IC [0,23; 2,23]	
Saúde Mental				
≥ 50	16 (55,2%)	13 (44,8%)	OR = 1,69	0,376**
< 50	8 (42,1%)	11 (57,9%)	IC [0,53; 5,44]	
SF-36				
Componente Físico				
≥ 50	11(45,8%)	12(50,0%)	OR=0,85	0,773*
< 50	13(54,2%)	12(50,0%)	IC[0,27;-2,63]	
Mental				
≥ 50	7(29,2%)	9(37,5%)	OR=0,69	0,540*
< 50	17(70,8%)	15(62,5%)	IC[0,20;2,30]	

* Teste Qui-Quadrado; ** Generalização do Teste de Fisher

Da mesma forma, não foram encontradas associações estatisticamente significantes para as variáveis idade, morar sozinho, escolaridade, renda familiar, situação conjugal, duração do globus, depressão, morbidade psiquiátrica, para os 8 domínios do questionário de qualidade de vida SF-36, ($p > 0,05$ em todas as comparações), mostrando que essas variáveis não influenciam na resposta terapêutica de todos os pacientes estudados independente do mecanismo fisiopatológico associado (Tabelas 6 e 7). Os portadores de globus com depressão moderada/grave (71,4%) responderam pior a medicação administrada que os portadores de depressão leve/mínima (42,9%) (Tabela 6).

No grupo globus foram encontradas apenas para a variável anos de estudo, alterações estatisticamente significantes ($p = 0,033$), demonstrando que os pacientes com mais de 8 anos de estudo respondem melhor a medicação administrada (83,3%) que os pacientes com 8 anos de estudo, ou menos (33,3%) (Tabela 6).

Com relação ao grupo globus com DRGE, exceto para a variável escolaridade, não foram encontradas alterações estatisticamente significantes ($p = 0,043$), demonstrando que os pacientes com 2º grau completo ou mais respondem pior à medicação administrada (83,3%) que os pacientes com 2º grau incompleto (38,1%) (Tabela 7).

Tabela 6: Identificação de Fatores Preditivos de Resposta Terapêutica dos pacientes com globus funcional

Variáveis	Com Resposta	Sem Resposta	Odds Ratio	P- Valor
Sexo				
Feminino	8 (44,4%)	10 (55,6%)	OR = 0,40	0,473*
Masculino	2 (66,7%)	1 (33,3%)	IC [0,03; 5,25]	
Idade				
≤ 64 anos	9 (47,4%)	10 (52,6%)	OR = 0,90	0,944*
≥ 65 anos	1 (50,0%)	1 (50,0%)	IC [0,05; 16,59]	
Situação conjugal				
Casados	4 (33,3%)	8 (66,7%)	OR = 0,25	0,127
Não casados	6 (66,7%)	3 (33,3%)	IC [0,04; 1,56]	
Morar sozinho				
Não (≥ 2 pessoas)	9 (47,4%)	10 (52,6%)	OR = 0,90	0,944*
Sim (1 pessoa)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	IC [0,05; 16,59]	
Escolaridade				
≥ 2ºGrau completo	4 (80,0%)	1 (20,0%)	OR = 6,67	0,089*
Até 2ºGrau incomp.	6 (37,5%)	10 (62,5%)	IC [0,60; 74,51]	
Anos de estudo				
> 8 anos	5 (83,3%)	1 (16,7%)	OR = 10,00	0,033*
≤ 8 anos	5 (33,3%)	10 (66,7%)	IC [0,91; 110,29]	
Renda Familiar				
> 2 salários mínimos	5 (62,5%)	3 (37,5%)	OR = 2,67	0,282*
≤ 2 Salários mínimos	5 (38,5%)	8 (61,5%)	IC [0,43; 16,39]	
Duração do Globus				
≤ 12 meses	4 (57,1%)	3 (42,9%)	OR = 1,78	0,536*
> 12 meses	6 (42,9%)	8 (57,1%)	IC [0,28; 11,12]	
Depressão (BECK)				
Leve e mínima	8 (57,1%)	6 (42,9%)	OR = 3,33	0,211*
Moderada e grave	2 (28,6%)	5 (71,4%)	IC [0,47; 23,47]	
Morbidade Psiquiátrica (SRQ-20)				
Sem (< 8)	5 (55,6%)	4 (44,4%)	OR = 1,75	0,528*
Com (≥ 8)	5 (41,7%)	7 (58,3%)	IC [0,31; 10,02]	
SF-36: Domínios				
Capacidade Funcional				
≥ 50	10 (47,6%)	11 (52,4%)		---
< 50	0 (0,0%)	0 (0,0%)		
Aspectos Físicos				
≥ 50	6 (46,2%)	7 (53,8%)	OR = 0,86	0,864*
< 50	4 (50,0%)	4 (50,0%)	IC [0,15; 5,00]	
Dor				
≥ 50	5 (41,7%)	7 (58,3%)	OR = 0,57	0,528*
< 50	5 (55,6%)	4 (44,4%)	IC [0,10; 3,27]	
Estado Geral de Saúde				
≥ 50	7 (46,7%)	8 (53,3%)	OR = 0,87	0,890*
< 50	3 (50,0%)	3 (50,0%)	IC [0,13; 5,82]	
Vitalidade				
≥ 50	6 (46,2%)	7 (53,8%)	OR = 0,86	0,864*
< 50	4 (50,0%)	4 (50,0%)	IC [0,15; 5,00]	
Aspectos Sociais				
≥ 50	9 (52,9%)	8 (47,1%)	OR = 3,37	0,304*
< 50	1 (25,0%)	3 (75,0%)	IC [0,29; 39,32]	
Aspectos Emocionais				
≥ 50	4 (36,4%)	7 (63,6%)	OR = 0,38	0,277*
< 50	6 (60,0%)	4 (40,0%)	IC [0,06; 2,22]	
Saúde Mental				
≥ 50	4 (44,4%)	5 (55,6%)	OR = 0,80	0,801*
< 50	6 (50,0%)	6 (50,0%)	IC [0,14; 4,53]	
SF-36 Componente				
Físico				
≥ 50	6(60,0%)	5(45,5%)	OR=1,80	
< 50	4(40,0%)	6(54,5%)	IC[0,32;10,20]	0,670*
Mental				
≥ 50	2(20,0%)	4(36,4%)	OR=0,44	
< 50	8(80,0%)	7(63,6%)	IC[0,06;3,16]	0,635*

* Teste Qui-Quadrado; ** Generalização do Teste de Fisher

Tabela 7: Identificação de fatores preditivos de resposta terapêutica dos pacientes portadores de globus com DRGE

Variáveis	Com Resposta	Sem Resposta	Odds Ratio	P- valor
Sexo				
Feminino	9 (42,9%)	12 (57,1%)	OR = 0,15	0,069*
Masculino	5 (83,3%)	1 (16,7%)	IC [0,01; 1,52]	
Idade				
≤ 64 anos	11 (50,0%)	11 (50,0%)	OR = 0,67	0,685*
≥ 65 anos	3 (60,0%)	2 (40,0%)	IC [0,09; 4,80]	
Situação conjugal				
Casados	12 (57,1%)	9 (42,9%)	2,67	0,300*
Não casados	2 (33,3%)	4 (66,7%)	IC [0,40; 17,91]	
Morar sozinho				
Não (≥ 2 pessoas)	13 (52,0%)	12 (48,0%)	OR = 1,08	0,957*
Sim (1 pessoa)	1 (50,0%)	1 (50,0%)	IC [0,06; 19,31]	
Escolaridade				
≥ 2º Grau completo	1 (16,7%)	5 (83,3%)	OR = 0,12	0,043*
Até 2º Grau incompleto	13 (61,9%)	8 (38,1%)	IC [0,01; 1,25]	
Anos de estudo				
> 8 anos	11 (57,9%)	8 (42,1%)	OR = 2,29	0,331*
≤ 8 anos	3 (37,5%)	5 (62,5%)	IC [0,42; 12,50]	
Renda Familiar				
> 2 salários mínimos	8 (53,3%)	7 (46,7%)	OR = 1,14	0,863*
≤ 2 Salários mínimos	6 (50,0%)	6 (50,0%)	IC [0,25; 5,22]	
Duração do Globus				
≤ 12 meses	3 (50,0%)	3 (50,0%)	OR = 0,91	0,918*
> 12 meses	11 (52,4%)	10 (47,6%)	IC [0,15; 5,58]	
Sintoma Depressivo (BECK)				
Leve e mínima	12 (50,0%)	12 (50,0%)	OR = 0,50	0,582*
Moderada e grave	2 (66,7%)	1 (33,3%)	IC [0,04; 6,28]	
Morbidade Psiquiátrica (SRQ-20)				
Sem (< 8)	7 (53,8%)	6 (46,2%)	OR = 1,17	0,842*
Com (≥ 8)	7 (50,0%)	7 (50,0%)	IC [0,26; 5,29]	
SF-36: Domínios				
Capacidade Funcional				
≥ 50	13 (52,0%)	12 (48,0%)	OR = 1,08	0,957*
< 50	1 (50,0%)	1 (50,0%)	IC [0,06; 19,31]	
Aspectos Físicos				
≥ 50	8 (42,1%)	11 (57,9%)	OR = 0,24	0,112*
< 50	6 (75,0%)	2 (25,0%)	IC [0,04; 1,53]	
Dor				
≥ 50	8 (47,1%)	9 (52,9%)	OR = 0,59	0,515*
< 50	6 (60,0%)	4 (40,0%)	IC [0,12; 2,89]	
Estado Geral de Saúde				
≥ 50	11 (55,0%)	9 (45,0%)	OR = 1,63	0,580*
< 50	3 (42,9%)	4 (57,1%)	IC [0,29; 9,26]	
Vitalidade				
≥ 50	10 (62,5%)	6 (37,5%)	OR = 2,92	0,182*
< 50	4 (36,4%)	7 (63,6%)	IC [0,59; 14,33]	
Aspectos Sociais				
≥ 50	13 (52,0%)	12 (48,0%)	OR = 1,08	0,957*
< 50	1 (50,0%)	1 (50,0%)	IC [0,06; 19,31]	
Aspectos Emocionais				
≥ 50	8 (53,3%)	7 (46,7%)	OR = 1,14	0,863*
< 50	6 (50,0%)	6 (50,0%)	IC [0,25; 5,22]	
Saúde Mental				
≥ 50	12 (60,0%)	8 (40,0%)	OR = 3,75	0,148*
< 50	2 (28,6%)	5 (71,4%)	IC [0,58; 24,28]	
SF-36 Componente				
Físico				
≥ 50	5(35,7%)	7(53,8%)	OR=0,48	
< 50	9(64,3%)	6(46,2%)	IC[0,10;2,23]	0,343*
Mental				
≥ 50	5(35,7%)	5(38,5%)	OR=0,89	
< 50	9(64,3%)	8(61,5%)	IC[0,19;5,24]	1,000***

* Teste do Qui-quadrado; ***Teste exato de Fisher; **Generalização do Teste de Fisher

DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, os critérios de avaliação do impacto de uma determinada doença sobre a saúde foram reestruturados de forma a incluir os parâmetros de qualidade de vida.

Desta forma, deixou-se simplesmente de analisar critérios médicos para avaliar também a opinião do paciente sobre o seu estado de saúde. Atualmente reconhece-se cada vez mais que o que realmente importa para o portador de doenças crônicas é o quanto ele é capaz de executar suas funções e como ele se sente no seu dia-a-dia. Sendo assim, atualmente inclui-se entre os objetivos terapêuticos, a melhoria da qualidade de vida do paciente (Testa e Simonson, 1996).

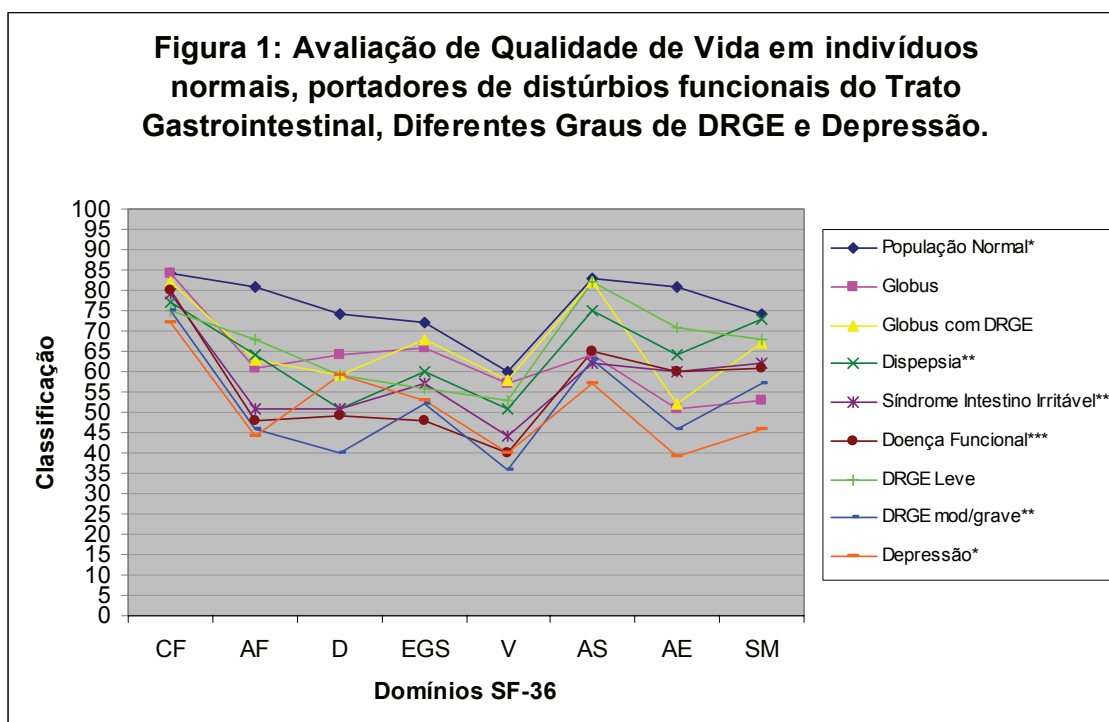
Vários estudos já foram conduzidos no que tange a determinação do impacto de doenças crônicas orgânicas como o Diabetes Mellitus, a DRGE, a Artrite Reumatóide e doenças cardiológicas (Norris, 2005; Price, 2004; Lombardo, Salzano, Messina et al, 2003; Osborne, Buchbinder, Ackerman, 2006; Walker e Littlejohn, 2006; Juul, Sigmundsson, Ovesen, et al, 2006; Baird e Sands, 2006; Jakobsson e Hallberg, 2006; Failde, Ramos, Fernandes-Palacin, et al, 2006; Knowles, Griebisch, Bull et al, 2006; Rasanen, Roine, Sintomen et al, 2006; Coelho, Ramos, Prata, et al, 2005; Bettencourt, Dias, Mateus, et al, 2005; Soto, Failde, Márquez, et al, 2005;) sobre o funcionamento e sensação de bem estar dos seus portadores. O mesmo, no entanto, não é verdadeiro para as desordens funcionais do trato gastrointestinal cujos sintomas, com frequência, são pouco valorizados pelo médico assistente.

De acordo com Simrén, Svedlund, Posserud et al, (2006) doenças do aparelho digestivo têm grande influência sobre a qualidade de vida de seus portadores sendo o comprometimento desta ainda mais intensa nos portadores de distúrbios funcionais em comparação com os de doença orgânica. De fato, os portadores de distúrbios funcionais do trato gastrointestinal apresentaram escores menores que os portadores de doenças digestivas orgânicas em seis dos oito domínios que compõe o SF-36 e em cinco dos seis domínios do instrumento PGWB (Psychological General Well-Being) (Dupery, 1984).

Dentre as 25 desordens funcionais descritas pelos Critérios Diagnósticos de Roma II para adultos e crianças, apenas a Síndrome do Intestino Irritável (SII) e a dispepsia funcional, tiveram seu impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes, estudado, sendo verificado que as mesmas são capazes de alterar significativamente este parâmetro.

No que tange ao globus inexistem trabalhos publicados na literatura nacional e internacional a este respeito.

No presente trabalho, duas amostras distintas de portadores de globus, a saber, globus definido segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II e globus em associação a DRGE foram estudadas quanto à influência deste sintoma sobre a qualidade de vida, sendo verificado o comprometimento de seis dos oito domínios do SF-36 (aspecto físico, dor, estado geral de saúde, aspecto emocional, aspecto social e saúde mental) para o primeiro grupo e quatro dos oito domínios (aspecto físico, dor, aspecto emocional e saúde mental) para o segundo grupo. Para a interpretação do SF-36 foram adotadas as regras do manual de interpretação deste instrumento, sendo consideradas clinicamente significativas, variações de escore iguais ou superiores a 5 unidades dentro do domínio avaliado (Ware, Snow, Kosinsky et al, 1993) (Figura 1). Foram considerados valores de referência para esta comparação os dados de 2.474 indivíduos normais norte-americanos (Tarlov, Ware, Greenfield et al, 1989).



Legenda: CF: capacidade funcional; AF: aspecto físico; D: dor; EGS: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspecto social; AE: aspecto emocional; SM: saúde mental. Classificação: 0 - 100 escores pontuados. * Tarlov, Ware, Greenfield et al, 1989; ** Simrén, Svedlund, Posserud et al, 2006 ; *** Dupery, 1984.

A comparação dos dois grupos de globus estudados salienta o não comprometimento dos domínios estado geral de saúde e aspecto social, maior acometimento do domínio dor pelos portadores de globus como manifestação supra-esofágica de DRGE e o maior grau de comprometimento do domínio saúde mental nos portadores de globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II.

Tais achados podem encontrar justificativa nos dados demográficos e psicossociais destes dois grupos. Entre elas destaca-se o dobro do número de pacientes do sexo masculino, a presença de situação conjugal estável e de renda familiar maior no grupo globus com DRGE. No que tange aos dados psicossociais, observa-se tendência a maior frequência de sintomas depressivos de grau moderado e grave nos portadores de globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II ($p=0,059$).

Inquérito realizado na população norte-americana sobre a qualidade de vida nos Estados Unidos da América nos anos de 1993 a 2002, demonstrou que mulheres, pessoas separadas, divorciadas, solteiras, desempregadas, indivíduos incapazes de trabalhar ou com baixa renda familiar e com baixo índice educacional tendem a apresentar maior número de dias não-saudáveis do ponto de vista físico, mental, ou ambos, e limitação de suas atividades do dia-dia (Zahran, Kobau, Moriarty et al, 2005).

Achados semelhantes também foram relatados por Bertozzi, Vitali, Binkin et al (2005) com pacientes do sexo feminino tendendo a considerar seu estado geral de saúde pior que o do sexo masculino.

Estudo norte-americano (Kobau, Safran, Zack, et al, 2004) para investigação da presença de tristeza, melancolia ou dias depressivos na população geral, revelou que os números de dias depressivos são maiores no sexo feminino entre esta variável e o número de dias não saudáveis do ponto de vista físico, mental, geral e de limitação das atividades do dia-dia.

Estes achados, principalmente associados às psicopatologias descritas com relação ao globus, (Batch, 1988; Wilson, Deary, Maran, 1988; Deary Wilson, Mitchel et al, 1989; Deary e Wilson, 1994 e Garcia, Miquel, Andino, 20002) podem ser a justificativa para a redução da socialização verificada no grupo globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II.

Com referência ao domínio dor, mais acometido nos portadores de globus com DRGE, vale a pena ressaltar que estes pacientes além dos sintomas de globus têm também sintomas típicos de RGE (pirose e/ou regurgitação ácida). Como descrito na literatura

internacional, a intensidade do sintoma pirose determina o grau de interferência em todos os domínios do questionário SF-36 (Sullivan, 2004). A influência dos graus leve e moderado/grave deste sintoma sobre os domínios do SF-36 está representado na Figura 1. Como podem ser observados nesta figura, na presente casuística, os pacientes se assemelham a população DRGE leve.

De acordo com pesquisa da National Heartburn Alliance (Chicago, EUA) realizada no ano de 2000, as atividades mais comprometidas do dia-dia foram o sono (65%), comer fora de casa (75%) e saborear comidas (83%).

As atividades inquiridas no domínio aspecto social do SF-36, dizem respeito ao relacionamento e/ou interação do pacientes com seus familiares, vizinhos e amigos. De acordo com o relatório da Instituição supracitada as atividades familiares, socialização, hobbies e tempo despendido com esposa e crianças encontram-se comprometidas em menos de 40% dos pacientes em apenas alguma porção de seu tempo. Portanto, a ausência de comprometimento do domínio aspecto social no grupo globus com DRGE, pode ser consequência da inespecificidade da pergunta realizada e da forma de apresentação da DRGE no grupo estudado.

A análise dos resultados obtidos para os dois grupos de portadores de globus estudados com a aplicação do questionário SF-36 em relação a portadores de outros distúrbios funcionais, a saber, pacientes com dispepsia, SII e outros distúrbios funcionais não especificados caracterizados pela presença de sintomatologia variada (dor, dispepsia, refluxo, constipação e diarreia) revelam o potencial de doenças não-orgânicas em influenciar de forma importante a qualidade de vida.

Análise pormenorizada e individualizada de cada domínio, tendo como valor referencial a população normal norte-americana demonstra o comprometimento indistinto de todos os domínios com exceção da capacidade funcional para os portadores de distúrbios funcionais não especificados e do domínio vitalidade para a SII.

A influência da Síndrome do Intestino Irritável sobre a qualidade de vida foi analisada de diversas maneiras, ou seja, em relação à população normal, em relação a portadores de outras doenças orgânicas, quanto à resposta terapêutica, quanto aos subgrupos da SII e com relação à intensidade dos sintomas (El-Serag, Olden, Bjorkman, 2002).

No que tange a primeira avaliação observou-se que portadores de SII que procuram o Sistema de Saúde têm redução significativa da qualidade de vida, com acometimento

preferencial dos componentes físico e mental. Os domínios mais comprometidos foram à vitalidade (44.0) e o aspecto físico (49.9) (Gralnek, Hays, Kilbourne et al, 2000).

A comparação do grau de comprometimento da qualidade de vida de portadores da SII com portadores de doenças orgânicas depende da doença específica a ser analisada, sendo este maior que o da DRGE moderada e grave e da diabetes mellitus, e menor que o de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou de doenças psiquiátricas depressivas. Estes achados são variáveis de acordo com a intensidade do sintoma e o grau de resposta terapêutica apresentado (El-Serag e Talley, 2003).

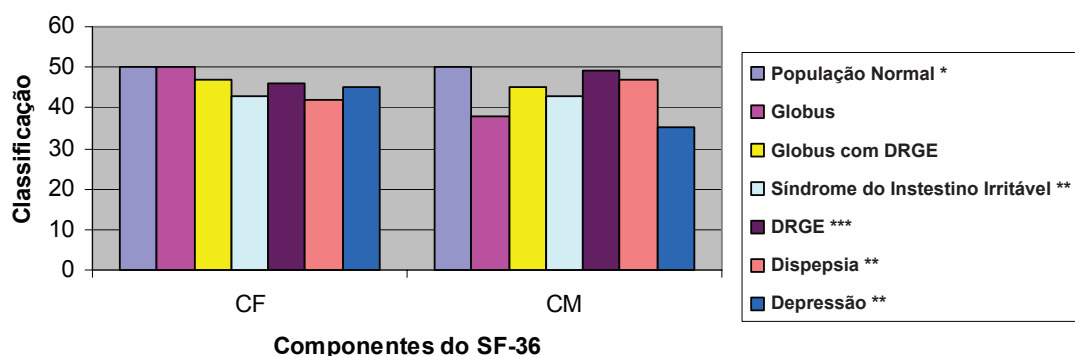
De acordo com Talley, Locke III e Lahr et al (2006) a dispepsia funcional é capaz de alterar significativamente a qualidade de vida de seus portadores quando comparados à população normal norte-americana. Os componente físico e mental apresentaram escores inferiores ao nível de corte de 50 (componente físico 42.3, componente mental 46.8) e o domínio mais acometido foi à vitalidade (46.0). Estes achados são similares ao de revisão sistemática publicada em 2003 por El-Serag e Talley. Nesta revisão verificou-se também que os escores dos domínios aspecto físico e estado geral de saúde eram menores que 50, e que os escores dos domínios aspecto emocional e saúde mental estavam bastante próximos a este nível de corte.

Diferente dos outros distúrbios funcionais citados, o globus, tende a preservar mais o estado geral de saúde e a comprometer mais intensamente, na presente série, o aspecto emocional e a saúde mental, principalmente no grupo diagnosticado segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II. A inexistência de outros trabalhos sobre globus e qualidade de vida impede a comparação com outras séries, no entanto o comprometimento mais intenso destes domínios pode ser consequência da existência de alterações psicológicas nestes pacientes.

Na apresentação globus com DRGE, observamos comprometimento misto dos componentes físico e mental (Figura 2).

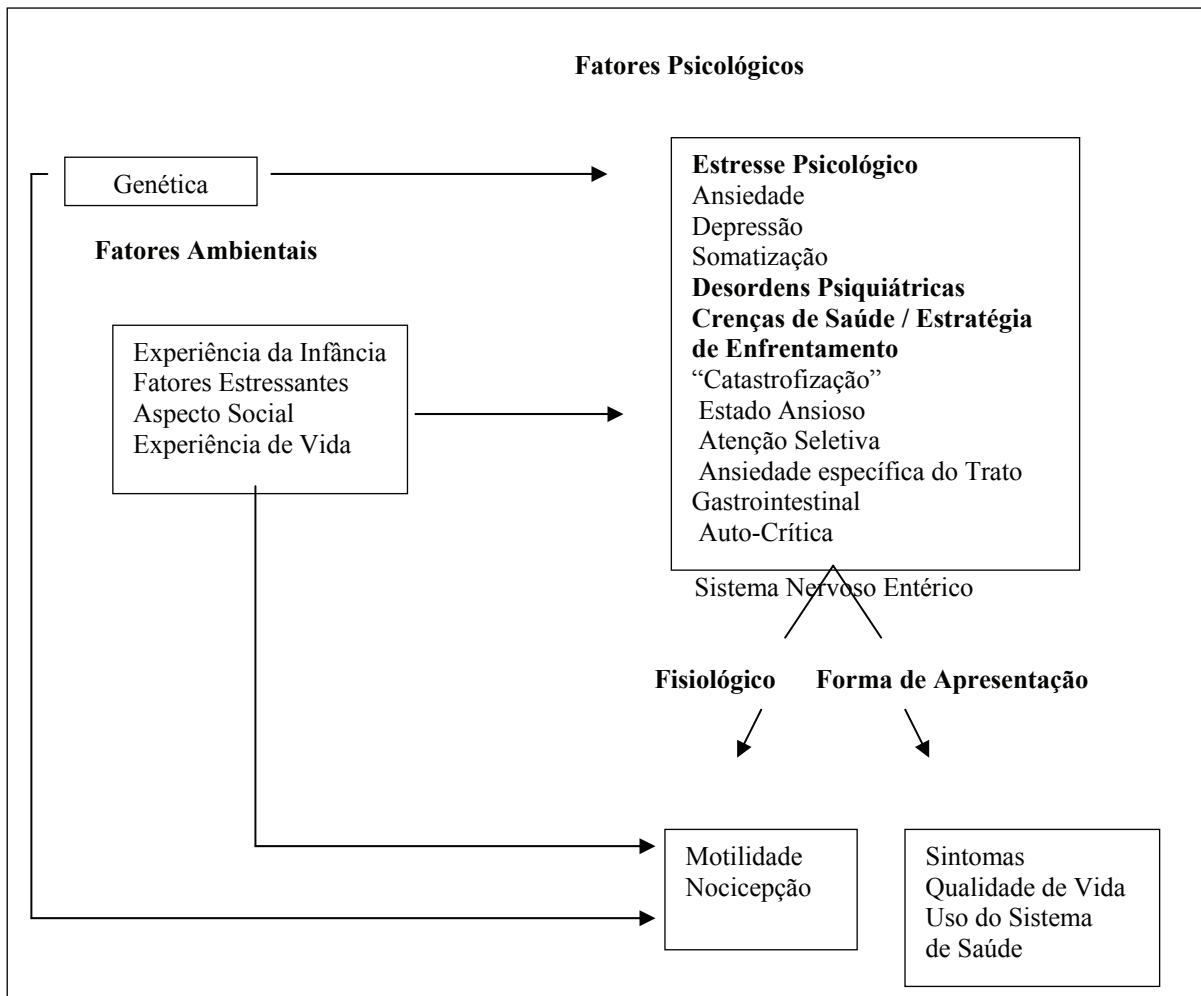
De acordo com o relatório de Roma III, recentemente publicado, as doenças funcionais do Trato Gastrointestinal são o resultado de complexas interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. O modelo biopsicossocial proposto sugere que fatores ambientais (experiências da infância, fatores estressantes do adulto, apoio social e outras experiências de vida) interajam com características genéticas de forma a influenciar as respostas fisiológicas e psicológicas do indivíduo (Figura 3) (Levy, Olden, Naliboff, et al 2006).

Figura 2: Avaliação dos Componentes Físico e Mental do SF-36 para indivíduos normais, portadores de distúrbios funcionais do Trato Gastrointestinal, DRGE e Depressão



Legenda: CF: Componente Físico; CM: Componente Mental. Classificação: 0 - 60 escores pontuados. * Tarlov, Ware, Greenfield et al, 1989; ** Simrén, Svedlund, Posserud et al, 2006 ; *** Dupery, 1984.

Figura 3: Modelo Conceitual Ilustrativo das Interações entre Fatores Psicológicos e Ambientais, Variáveis Fisiológicas Forma de Apresentação dos Distúrbios Funcionais do Trato Gastrointestinal.



* Levy, Olden, Naliboff, et al 2006.

Estas interações são a base da hipótese correntemente aceita de que o início do sintoma e sua manutenção está relacionada à desregulação do Sistema Nervoso Central e às consequências da mesma sobre a função moduladora exercida sobre o funcionamento do Trato Gastrointestinal, incluindo a resposta motora, modulação da dor e até mesmo função imunológica.

Esta hipótese vem sendo paulatinamente comprovada na medida em que os seus diversos componentes vêm sendo confirmados. No que tange os fatores ambientais, índices elevados (30-56%) (Talley, Fett, Zinsmeister, 1995; Ali, Toner, Stuckless, et al, 2000) de abuso sexual, físico e emocional foram relatados, além de história de trauma (44%) e síndrome pós-traumática (36%) (Irwin, Falsetti, Lydiard, et al, 1996). Pacientes com história

prévia de abuso apresentaram mais dor de forte intensidade, estresse psicológico, maior comprometimento das atividades do dia-dia e maior número de consultas médicas (Drossman, Talley, Olden, et al, 1995; Koloski, Talley, Boyce, 2001).

Estudos sobre distúrbios de somatização com enfoque na patogenia dos sintomas inexplicados tem sugerido que tais condições resultem da dissociação entre o stress e a percepção consciente, despertada por eventos traumáticos na infância (Ludwig, 1972; Kihlstrom, 1992; Oakley, 1999 e Meares, 1996).

Este processo dissociativo inclui amnésia psicogênica, despersonalização, desrealização e alterações de identidade. Portadores de somatização apresentam maior índice de abuso emocional e/ou físico na infância, além de perdas, testemunhar violência e serem criados em ambientes frios e distantes, sem suporte familiar (Bowman, Markand, 1996; Litwin, Cardeña, 2000; Roelofs, Keijsers, Hoogduin, et al, 2002; Pribor, Yutzy, Dean, et al, 1993; Alper, Devinsky, Perrine, et al, 1993; Reilly, Baker, Rhodes, et al, 1999; Salmon, Skaife e Rhodes, 2003; e Morrison, 1989) .

Com relação aos aspectos psicológicos existem relatos na literatura de maior prevalência de desordens psiquiátricas nestes pacientes com predomínio de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, síndrome do estresse pós-traumático e somatização (Drossman, 2002; Locke III, Weaver, Melton, et al, 2004). Trabalho recente sugere a existência de estresse somático independente do estresse psicológico, que pode ser ao menos em parte determinado geneticamente e que se soma a depressão e ansiedade na gênese dos sintomas (Gillespie, Zhu, Heath, et al, 2000). A consideração destes aspectos durante o tratamento tem contribuído para sua maior eficácia.

No presente trabalho, os fatores ambientais não foram investigados, sendo optado por uma avaliação resumida dos aspectos psicológicos com ênfase nos sintomas depressivos e ansiosos e na avaliação da qualidade de vida. A inexistência de questionários traduzidos e validados para a língua portuguesa (Brasil), impediu a investigação de somatização e “catastrofização” e índice de sintomas viscerais associado à estratégia de enfrentamento.

Os resultados da aplicação dos questionários SRQ-20 e BDI, no presente estudo, revelou que no primeiro a média do grupo globus diagnosticado segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II, é superior ao nível de corte 8 indicando a presença de algum grau de morbidade psiquiátrica e que no segundo questionário a frequência de sintomas depressivos moderados a grave é três vezes maior quando comparada ao grupo globus com DRGE.

Protocolos internacionais a cerca da existência de psicopatologias no globus diagnosticado segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II revelam a presença de comportamento introvertido e depressivo em aproximadamente 50% dos casos além de transtornos ansiosos como ansiedade e mau humor e síndrome do pânico em quase um terço dos casos (Batch, 1988; Wilson, Deary, Maran, 1988; Deary Wilson, Mitchel et al, 1989; Deary e Wilson, 1994 e Garcia, Miquel, Andino, 20002).

Quando estes resultados são analisados frente ao perfil de portadores de doenças orgânicas e doenças mentais depressivas, observou-se que o escore dos domínios saúde mental e aspecto emocional do globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II se assemelha ao comprometimento de pacientes com depressão, enquanto que o impacto da dispepsia e da SII sobre o aspecto físico e sobre o domínio dor é comparável com o de doenças orgânicas.

A análise da resposta terapêutica é um dos objetivos do presente trabalho. Nós levantamos a hipótese de que a presença de RGE como mecanismo fisiopatológico do globus seria associado a melhor índice de resposta terapêutica, haja vista, a existência de medicação específica de comprovada eficácia terapêutica nestes casos. No entanto, esta hipótese não foi comprovada, como pode ser observado nas Tabelas 5, 6 e 7.

O índice de resposta terapêutica engloba fatores que suplantam a prescrição propriamente dita, e ultrapassam os limites de atuação do médico e da eficácia terapêutica relatada para os diversos medicamentos, na medida em que depende da vontade e da interpretação pessoal de cada paciente e do conceito que tal medicamento tem para a população em geral (Giacchi, Sullivan, Rothstein, 2000). Desta forma, a aderência ao tratamento constitui-se em condição *sine qua non* para o sucesso do mesmo. Esta por sua vez é bastante variável e depende de dados demográficos, fatores sociais, da gravidade da doença em questão, de modelos pré-concebidos de saúde, quantidade de medicamentos que o paciente tem que tomar e da relação médico-paciente.

Estudos internacionais publicados na literatura têm demonstrado ser a aderência terapêutica como um todo de 10 a 30% para população adulta e de 50 a 60% para os idosos (Lacombe, Vicente, Pages, et al, 1996; Melnikow, Kiefe, 1994; Leufkens, Urguhart, 1992). No que tange a DRGE mais especificamente, esta é de aproximadamente 50% para as manifestações do refluxo laringo-faríngeo do qual o globus faz parte (Giacchi, Sullivan, Rothstein, 2000) e de até 90% para os casos de esofagite erosiva (Farup, 1992).

De acordo com Busson e Dunn (1986) grande parte do pacientes estudados revelou conhecimento insatisfatório sobre o medicamento prescrito, como ele deveria ser tomado e tinham pouca expectativa de que o mesmo lhes ajudasse a melhorar. Segundo Granas e Bates (2000) no caso de medicamentos de uso crônico continuado como os da DRGE, com frequência os pacientes esqueciam o porquê tais medicamentos foram prescritos, se questionavam se os mesmos ainda seriam necessários e tomavam a decisão de reduzi-los ou parar de tomá-los por períodos variados.

A aderência ao tratamento não era um dos objetivos de nosso estudo e, portanto não foi objetivamente investigado, mas certamente deve ter ocorrido a contar pelas restrições financeiras de nossos pacientes, pela incapacidade do paciente lembrar o nome do remédio e como ele o está tomando no seu retorno, pela demora do medicamento em fazer efeito nas manifestações supra esofagianas e pela grande influência que a opinião de vizinhos e amigos acerca de medicamentos tem em nosso meio.

O controle da secreção gástrica ácida em pacientes com globus ainda não foi descrito na literatura nacional e internacional. De modo geral, o uso de IBP antes do café da manhã e antes do jantar promove o controle desta secreção de forma eficiente com importante redução da acidez gástrica (Goldstein, Miner, Schlesinger, et al, 2006) Não se sabe, no entanto, o quanto de redução da secreção gástrica ácida é necessário para a eliminação deste sintoma. Mais recentemente, foi demonstrado que a distribuição intragástrica de ácido não é uniforme, podendo variar até mesmo durante o período pós prandial (Hila, Bouali, Xue, et al, 2006).

No que tange a DRGE mais especificamente, há que se considerar não só o refluxo ácido como também o refluxo não-ácido ou fracamente ácido. Estudo realizado por Anandasabapathy e Jaffin (2006) com o emprego de impedânciometria intraluminal múltipla com monitorização simultânea do pH intra-esofágico na avaliação de 21 pacientes com globus, refratário ao tratamento, revelou que 64,7% dos 1.160 episódios de RGE verificados nestes pacientes durante o uso de IBP, eram não-ácidos e que a positividade do índice de sintomas ou de sensibilidade de sintomas aumentava em 27,8% com este método. Adicionalmente a presença de refluxo proximal e de refluxo não-ácido foram fatores preditivos independentes para globus. Tal estudo sugere que talvez o uso de IBP isoladamente não seja suficiente para eliminar refluxo nestes pacientes, sendo necessário à associação de outras medicações como, por exemplo, os inibidores do relaxamento

transitório do esfíncter inferior do esôfago ou ainda referenciar os pacientes refratários para cirurgia anti-refluxo.

Outro aspecto interessante a ser considerado é a possibilidade do globus nestes casos ser manifestação decorrente de múltiplas etiologias. No presente estudo, pesquisamos também a influência de sintomas depressivos e de morbidade psiquiátrica em relação à falência terapêutica. A hipersensibilidade visceral é atualmente considerada um dos fatores primordiais na gênese dos sintomas dos distúrbios funcionais do Trato Gastrointestinal (Kuiken, Tytgat, Boeckxstaens, 2005). A sensibilidade somática destes pacientes por outro lado, encontra-se preservada (Chang, Mayer, Johnson, 2000 e Cook, Collins, 1987).

Alterações da sensibilidade intestinal são capazes de alterar a motilidade e até mesmo a função secretora local (Kuiken, Tytgat, Boeckxstaens, 2005).

Os diversos estudos publicados na literatura dizem respeito a SII e a Dispepsia Funcional, inexistindo trabalhos sobre a sua importância no globus (Mayer, Gebhart, 1994 e Cervero, Laird, 1999). A prevalência de hipersensibilidade visceral em portadores de Doenças funcionais do Trato Gastrointestinal, no entanto, é variável, sendo relatada entre 20-80% na SII (Camilleri, Couli, Tack, 2001) e em 60% na Dispepsia Funcional (Mearin, Cucala, Azpiroz, 1001 e Tack, Caenepeel, Fischler, 2001).

No presente trabalho a presença de hipersensibilidade foi inferida e não objetivamente pesquisada, sendo feita a hipótese de que a mesma seria o mecanismo fisiopatológico subjacente mais importante nos portadores de globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II.

Dentre os diversos medicamentos correntemente utilizados para o tratamento de hipersensibilidade visceral, a saber, agonistas opióides (ex: fedotozina, buspiona, sumatriptano), agentes serotoninérgicos (ex: tegaserod, prucaloprida, ondansetron e alosetron), antidepressivos tricíclicos (ex: amitripitilina, imipramina e desipramina) e/ou recaptadores seletivos de serotonina (ex: fluoxetina e paroxetina) análogos da somostatina (ex: octreotídeos) e agonistas α_2 adrenérgicos (clonidina), duas categorias medicamentosas mais se adequavam a manipulação da sensibilidade visceral nos pacientes com globus, pela sua ação psicotrópica haja vista a presença de comorbidades como depressão e ansiedade nestes pacientes. A primeira são os agonistas opióides, representada pela bupiriona e a segunda os antidepressivos sejam eles tricíclicos representados pela imipramina ou inibidores seletivos da recaptação de serotonina representados principalmente pela fluoxetina.

Selecionamos para o presente estudo o antidepressivo tricíclico imipramina haja vista o seu baixo custo, e baixo índice de efeitos colaterais, comprovada eficácia terapêutica na redução da hipersensibilidade visceral com risco relativo 4,2 em relação ao placebo (Tanum e Malt, 1996).

A administração de imipramina na dose de 25 mg/dia por no mínimo quatro semanas revelou índice de boa a ótima resposta terapêutica da ordem de 57% nos portadores de globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II, sem sinais de sintomas depressivos e ansiosos, nos questionários SRQ- 20 e BDI e de 28,5% nos portadores de morbidade psiquiátrica e sintomas depressivos de moderado a grave de acordo com os mesmos questionários. Estes resultados sugerem que a hipersensibilidade visceral provavelmente não esteja presente em todos os pacientes e não seja dependente da existência de psicopatologia. Adicionalmente pode-se argumentar que a baixa resposta terapêutica no grupo com presença de sintomas depressivos e morbidade psiquiátrica possa ser consequência da baixa dose de imipramina administrada. A dose terapêutica antidepressiva deste medicamento é de no mínimo 50 mg/dia. Há que se questionar se a administração em dose antidepressiva poderia ter contribuído no tratamento das comorbidades psiquiátricas associadas, com eventual melhora dos sintomas.

Estudos internacionais tem demonstrado que aproximadamente 76% dos pacientes com depressão apresentam sintomas somáticos como, por exemplo, dores vagas e pouco localizadas, cefaléia, epigastria e lombalgia (Corruble e Guelfi, 2000 e Kroenke e Price, 1993). De acordo com Fava (2002) pacientes depressivos considerados respondedores (redução superior a 50% no escore de HAM-D Hamelton Rating Scale Depression) (Hamilton, 1967) que não obtiveram remissão apresentavam mais sintomas somáticos que os que tiveram remissão após oito semanas de tratamento com fluoxetina.

Estes achados têm incitado a reformulação de critérios de remissão, melhora/resposta em pacientes com depressão maior e instigado pesquisadores quanto a relação entre sintomas somáticos e depressivos. Atualmente questiona-se se os sintomas físico/somáticos melhorariam paralelamente aos psicológicos e qual seria o grau de correlação entre estas duas dimensões. Questiona-se ainda, se existiria antidepressivo capaz de promover a melhora simultânea de ambas as esferas.

Detke, Lu e Goldstein sugeriram que a doloxetina, antidepressivo de ação dupla sobre as vias serotoninérgicas e noradrenérgicas, seria particularmente eficiente para o

tratamento de sintomas somáticos e depressivos associados. Infezivelmente sua ação sobre o globus nunca foi pesquisada.

A primeira evidência da eficácia terapêutica da imipramina na modulação da dor visceral foi publicada por Peghini, Katz, Castell, 1998 em estudo com pacientes do sexo masculino. Na presente casuística observa-se grande preponderância do sexo feminino (80%), não observando melhor índice de resposta nos pacientes do sexo masculino do grupo globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II.

CONCLUSÕES

1. Morbidade psiquiátrica e sintomas depressivos tendem a ser mais prevalentes no globus, porém, não são capazes de influenciar na resposta terapêutica.
2. A presença de globus e/ou sintomas de globus altera significativamente a qualidade de vida de seus portadores principalmente no que tange os domínios saúde mental e aspecto emocional.
3. Existem indícios marginais de que o gênero (masculino) e o grau de escolaridade possam influenciar na resposta terapêutica dos portadores de globus.

ANEXOS

Self Report Questionnaire (SRQ-20)

Nome do Entrevistado: _____

Agora gostaria de saber como o Sr. (a) tem passado, tomando por base os “últimos trinta dias”. Queremos somente saber sobre os problemas que o (a) Sr. (a) tem hoje em dia e que são recentes e não aqueles que teve no passado. É importante que o (a) Sr. (a) tente responder a todas as questões.

Se o (a) Sr. (a) tiver algum desses problemas, eu vou querer saber se ele esteve presente mais do que de costume nos últimos trinta dias.

Nos últimos trinta dias, o (a) Sr. (a) tem: COLOQUE UM CÍRCULO NA RESPOSTA MAIS CONVENIENTE

1. Tem dores de cabeça frequentemente?	SIM	NÃO
2. Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
3. Dorme mal?	SIM	NÃO
4. Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
5. Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO
6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	SIM	NÃO
7. Tem má digestão?	SIM	NÃO
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	SIM	NÃO
9. Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
10. Tem chorado mais do que de costume?	SIM	NÃO
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	SIM	NÃO
13. Tem dificuldade no serviço, no emprego (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM	NÃO
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
18. Sente-se cansado o tempo todo?	SIM	NÃO
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO
20. Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO

INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO

Nome: _____ Data: _____

1. 0 Não me sinto triste
 - 1 Sinto-me melancólico ou triste
 - 2a Estou triste e melancólico todo o tempo e não consigo sair disso
 - 2b Estou tão triste e infeliz que isto é extremamente doloroso
 - 3 Estou tão triste e infeliz que não posso suportar
2. 0 Não estou particularmente triste ou desencorajado em relação ao futuro
 - 1a Sinto-me desencorajado em relação ao futuro
 - 2a Sinto que não tenho nada para alcançar
 - 2b Sinto que nunca superarei meus problemas
 - 3 Sinto que o futuro é sem esperanças e que as coisas não podem melhorar
3. 0 Não me sinto um fracassado
 - 1 Sinto que tenho fracassado mais que uma pessoa comum
 - 2a Sinto que tenho realizado muito pouca coisa que valha à pena ou que signifique algo
 - 2b Quando olho para trás na minha vida tudo o que posso ver é uma porção de fracassos
 - 3 Sinto que sou um completo fracasso com pessoa (pai, marido, mulher)
4. 0 Não estou particularmente insatisfeito
 - 1a Sinto-me entediado a maior parte do tempo
 - 1b Não tenho gosto pelas coisas como costumava ter
 - 2 Não consigo ter satisfação por nada atualmente
 - 3 Estou insatisfeito com tudo
5. 0 Não me sinto particularmente culpado
 - 1 Sinto-me mal ou indigno uma boa parte do tempo
 - 2a Sinto-me bastante culpado
 - 2b Sinto-me mal ou indigno, praticamente o tempo todo, agora
 - 3 Sinto-me como se estivesse bem ruim e sem valor
6. 0 Não sinto que esteja sendo punido
 - 1 Tenho um pressentimento de que alguma coisa ruim possa acontecer comigo
 - 2 Sinto que estou sendo punido ou que irei ser punido
 - 3a Sinto que mereço ser punido
 - 3b Quero ser punido
7. 0 Não me sinto desapontado comigo mesmo
 - 1 Estou desapontado comigo mesmo
 - 1b Não gosto de mim
 - 2 Estou aborrecido comigo mesmo
 - 3 Eu me odeio
8. 0 Não sinto que seja algo pior do que qualquer outra pessoa
 - 1 Critico-me por minhas fraquezas ou erros
 - 2 Acuso a mim mesmo por minhas falhas
 - 3 Acuso a mim por tudo de ruim que acontece
9. 0 Não tenho qualquer pensamento sobre prejudicar a mim mesmo
 - 1 Tenho pensamentos sobre prejudicar a mim mesmo, mas eu não os colocaria em prática
 - 2a Sinto que estaria em melhor situação morto
 - 2b Sinto que minha família estaria em melhor situação se eu estivesse morto
 - 3a Tenho planos definidos de cometer suicídio
 - 3b Eu me mataria se pudesse
10. 0 Não choro mais do que o comum
 - 1 Choro mais do que costumava
 - 2 Choro o tempo todo, agora; eu não consigo parar com isso

- 3 Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo chorar de maneira alguma, muito embora eu queira
11. 0 Eu não estou mais irritado agora do que costumo estar
- 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava ficar
 - 2 Sinto-me irritado o tempo todo
 - 3 Eu não fico irritado de maneira alguma com as coisas que costumavam me irritar
12. 0 Eu não perdi o interesse por outras pessoas
- 1 Estou menos interessado nas pessoas, agora, do que costumava estar
 - 2 Perdi a maior parte do meu interesse por outras pessoas e tenho pouco sentimento por elas
 - 3 Perdi todo o meu interesse por outras pessoas e não me importo com elas de maneira alguma
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto sempre tomei
- 1 Tento adiar as tomadas de decisão
 - 2 Tenho grande dificuldade em tomar decisões
 - 3 Não consigo tomar quaisquer decisões atualmente
14. 0 Eu não sinto que pareça algo pior do que costumava ser
- 1 Eu estou preocupado(a) que esteja parecendo velho(a) ou sem atrativos
 - 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência e elas me fazem parecer sem atrativos
 - 3 Sinto que estou com uma aparência feia ou repulsiva
15. 0 Posso trabalhar tanto quanto antes
- 1a É necessário um esforço extra para conseguir começar a fazer alguma coisa
 - 1b Não trabalho tão bem quanto costumava
- 2 Tenho de me esforçar demasiadamente para fazer qualquer coisa
 - 3 Não consigo fazer nenhum trabalho de maneira alguma
16. 0 Posso dormir tão satisfatoriamente quanto o de costume
- 1 Acordo mais cansado de manhã do que costumava
 - 2 Acordo 1-2 horas mais cedo do que é comum e encontro dificuldade em voltar a dormir
 - 3 Acordo cedo todo o dia e não posso conciliar mais do que cinco horas de sono
17. 0 Não fico mais cansado do que o comum
- 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava
 - 2 Fico cansado ao fazer qualquer coisa
 - 3 Fico cansado demais para fazer alguma coisa
18. 0 Meu apetite não está pior do que o comum
- 1 Meu apetite não está tão bom quanto costumava estar
 - 2 Meu apetite está bem pior agora
 - 3 Não tenho apetite de maneira alguma
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente
- 1 Perdi mais do que 2 quilos
 - 2 Perdi mais do que 4 quilos e meio
 - 3 Perdi mais do que 7 quilos
20. 0 Não me preocupo com minha saúde mais do que o comum
- 1 Estou preocupado com dores ou sofrimentos, desarranjo estomacal ou prisão de ventre
 - 2 Eu estou tão preocupado como eu me sinto ou com o que sinto, que é difícil pensar em muitas outras coisas
 - 3 Estou completamente absorto com relação ao que sinto
21. 0 Não tenho notado mudança alguma recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar
 - 2 Estou muito menos interessado por sexo, agora
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo

INTRODUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- Excelente 1
 Muito boa 2
 Boa 3
 Ruim 4
 Muito ruim 5

2. Compara há um ano atrás, como você classifica sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

- Muito melhor agora do que há um ano atrás 1
 Um pouco melhor agora do que há um ano atrás 2
 Quase a mesma coisa do que há um ano atrás 3
 Um pouco pior agora do que há um ano atrás 4
 Muito pior agora do há um ano atrás 5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim Difículta muito	Sim Difículta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	1	2	3
B) Atividades modernas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, varrer casa.	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escadas	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?
(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho a outras atividades?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito grave	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma 1

Um pouco 2

Moderadamente 3

Bastante 4

Extremamente 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê um resposta que mais se aproxime da maneira com que você se sente.

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc...)?

(circule uma)

Todo o tempo 1

A maior parte do tempo 2

Alguma parte do tempo 3

Uma pequena parte do tempo 4

Nenhuma parte do tempo 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falsa
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Termo de consentimento Livre Esclarecido

Contribuição ao estudo de Globus Faringeus: análise de Morbidade Psiquiátrica, Depressão, Qualidade de vida, e Reposta Terapêutica

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo avaliar a presença de ansiedade, depressão, qualidade de vida e resposta ao tratamento administrado a pacientes com Globus (sensação de pressão e/ou bola no pescoço). Cabe aos participantes comparecer ao setor de Motilidade Digestiva uma única vez e responder a 3 questionários de aproximadamente 20 a 30 questões cada e selecionar em uma escala de 0 a 10 o número que corresponde a sua resposta ao tratamento administrado. Não há benefício direto para o participante porém os resultados da pesquisa podem ajudar a estabelecer condutas que beneficiarão aqueles que sofrem desta doença. Em qualquer etapa do estudo o Sr.(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Psicóloga Lara Matara Ferreira Miquelin (CRP 06/65477) que pode ser encontrado na Rua: Leondro Dupret, 172, telefone 50833733, fax 55725945. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162.

É garantida ao participante a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. Informamos adicionalmente que não haverá qualquer despesa para os participantes e que os mesmos podem ser informados dos resultados de seu questionário caso desejem e que as informações obtidas só serão usadas para pesquisa e que sua identidade será mantida em sigilo. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo” Contribuição ao estudo de Globus Faringeus: análise de Morbidade Psiquiátrica, Qualidade de vida, Depressão e Reposta Terapêutica”.

Eu discuti com a Psicóloga Lara Matara Ferreira Miquelin sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data / /

Assinatura da testemunha

Data / /

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data / /

REFERÊNCIAS

Ahuja V, Yench MW, Lassem LF. Head and Neck manifestations of gastroesophageal reflux disease. In: Am Fam Physician; 60: 873-80, 1999.

Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould M et al. Emotional abuse, self-blame and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. In: Psychosom Med 2000;62:76-82.

Alper K, Devinsky O, Perrine K, Vazquez B, Luciano D. Nonepileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. In: Neurology 1993;43:1950-1953.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association;1987.

Anandasabapathy S, Jaffin BW. Multichannel Intraluminal Impedance in the Evaluation of Patients with Persistent Globus on Proton Pump Inhibitor Therapy. In: Annals of Otology, Rhinology & Laryngology 2006;115(8):563-570.

Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, Dent J, Dombal FT, Glamiche JP, et al. The Endoscopic Assessment of Esophagitis: A Progress Report on Observer Agreement. Gastroenterology; 111: 85-92, 1996.

Baird CL, Sands LP. Effect of guided imagery with relaxation on health-related quality of life in older women with osteoarthritis. I:Res Nurs Health 2006 Oct;29(5):442-51.

Batch, AJG. Globus pharyngeus (Parts I e II) in Journal of Laryngology and Otology. 1988; 102: 152-158 e 227-230.

Beck, AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Ver. 1988, 8: 77-100.

Beck, AT, Ward, CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh G. Na inventory for meas depression. In Arch Gen Psychiatry; 4:53-63, 1961.

Bertoizzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'Argenio P. "Quakity of life" of the elderly population: a survery to evaluate elderly people's self-perclived health in 11 Italian regoons Argento study 2002. In: Ig Sanita Pubbl2005 Nov-Dec;61(6):545-59.

Bettencourt N, Dias C, Mateus P, Sampaio F, Santos L, Adao L, Mateus C, Salome N, Miranda F. Teixeira M, Simoes L, Ribeiro VG. Impact cardic rehabilitation on quality of life and depression after acute coronary syndrome. In: Rev Port Cardiol 2005 May;24(5):687-96.

Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. In: Am J Psychiatry 1996;153:57-63.

Brain L. The concept of hysteria in the time of William Harvey 1963. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 56:317-324.

Brown SR, Schwartz JM, Summergrad P, Jenike MA. Globus hystericus syndrome responsive to antidepressants. In Am J Psychiatry, 1986; 143: 917-918

Busson M, Dunn AP. Patients knowledge about prescribed medicines. In: Pharm J 1986;23:624-6.

Camacho-Lobato L. Valores de referência para pHmetria de 24 horas desenvolvidos em 80 voluntários brasileiros normais. VI Semana do Aparelho Digestivo; Recife, 2004.

Camilleri M, Coulie B, Tack JF. Visceral hypersensitivity: facts speculations, and challenges. In: Gut 2001;48:125-31.

Cevero F, Laird JM. Visceral pain. In: Lancet 1999;353:2145-8.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:3.

Chang L, Mayer EA, Johnson T. Differences in somatic perception in female patients with irritable bowel syndrome with and without fibromyalgia. In: *Pain* 2000;84:297-307.

Chevalier JM, Brossard E, Monnier P. Globus sensation and gastroesophageal reflux. In *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003;260(5):273-6.

Chiocca JC, Olmos JA, Salis GB, Soifer LO, Higa R, Marcolongo M. for the Argentinean Gastro-Oesophageal Reflux Study Group. Prevalence, clinical spectrum and atypical symptoms of gastro-oesophageal reflux in Argentina: a nationwide population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:331-342.

Chung JY, Levine MS, Weinstein GS, Laufer I. Globus sensation: findings on videofluoroscopic examinations 2003, 35:40

Clouse R E, Richter J E, Heading RC, Janssens J, Wilson JA. Functional esophageal disorders. *Gut* 1999; 45 (Supl II): II31-II36.

Codosh PL. Gastro-esophago-pharyngeal reflux. In *Laryngoscope* 1977; 87: 1418-1427.

Coelho R, Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Ferreira A, Cerqueira-Gomes M. Heart failure and health related quality of life. In: *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005 Oct 4;1:19.

Cook IJ, Dent J, Collins SM. Upper Esophageal Sphincter Tone and Reactivity to stress in patients with a history of globus sensation. In: *Digestive Diseases and Sciences* 1989, 672:676.

Cook IJ, van Eeden A, Collins SM. Patients with irritable bowel syndrome have greater pain tolerance than normal subjects. In: *Gastroenterology* 1987;93:727-33.

Corso MJ, Pursnani KG, Mohiuddin MA, Gideon RM, Castell JA, Katzka DA, Katz PO et al. Globus Sensation is Associated with Hypertensive Upper Esophageal Sphincter but not with Gastroesophageal Reflux In: Digestive Diseases and Sciences 1998, 1513:1517.

Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed inpatients. In: Psychopathology 2000;33:307-309.

Crown S & Crisp AH. Manual of the Crown-Crisp Experiential Index. Hodder and Stoughton, London 1979.

Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Cybulska E.M. Globus hystericus or depressivus. In Hospital Medicine 1998, 640:641.

Dahlstrom WG, Welsh GS, Dahlstrom LE. An MMPI Handbook volume I: Clinical Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press;1972.

Deary IJ, Wilson JA, Mitchell L, Marshall T. Covert psychiatric disturbance in patients with globus pharyngis in Br J Med Psychol 1989;62. 381:389.

Deary IJ, Wilson JA. Problems in treating globus pharyngis. in Clin. Otolaryngol 1994; 19: 55-60.

Deary IJ, Smart A, Wilson JA. Depression and Hassles in Globus Pharyngis. in The British J of Psychiatry 1992; 161: 115-117.

Delahunty JE, Ardran GM. Globus hystericus – a manifestation of reflux oesophagitis? in JLO 1970, 1049:1054.

Detke MJ, Lu Y, Goldstein DJ. Duloxetine 60 mg once daily for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo-controlled trial. In: J Clin Psychiatry 2002;63:308-315.

Drossman DA. Do psychosocial factors define symptom severity and patient status. In: Am J Med 1999;107:41s-50s.

Drossman DA, Talley NJ, Olden KW, Leserman J, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness: review and recommendations. In: Ann Intern Med 1995;123:782-794.

Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Janssens J, Whitehead WE. Identification of subgroups of functional bowel disorders. Gastroenterology International. 1990;3:159-72.

Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology 2006;130:1377-1390.

Duarte, P.S. Instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais: projeto piloto. Manuscrito não publicado. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2001.

Dupuy HJ. The psychological general well-being (PGWB). In: Wenger NK, Mattson ME, Furberg CF, Elinson J eds. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. New York L&J Publishing 1984;170:83.

El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. In: Aliment Pharmacol Ther 2002;16:1171-1185.

El-Serag, Talley NJ,. Systematic review: health-related quality of life in functional dyspepsia. In: Aliment Pharmacol Ther 2003;18:387-398.

Failde I, Ramos I, Fernandez-Palacin F, Gonzalez-Pinto A. Women, mental health and health-related quality of life in coronary patients. In Women Health 2006;43(2):35-49.

Falcão, D.M.; Ciconelli, R.M.; Ferraz, M.B. Translation and Cultural Adaptation of Quality of Life questionnaires: An Evaluation of Methodology. J Rheumatol 2003, 30:379-85.

Farkkila MA, Ertama L, Katila H, Kuusi K, Paavolainen M, Varis K. Globus pharyngis, commonly associated with esophageal motility disorders. in Am J Gastroenterology 1994; .89:503-508.

Farup PG. Compliance with anti-ulcer medication during short-term healing phase clinical trials. In: Aliment Pharmacol Ther 1992;6(2):170-186.

Fava M. Somatic Symptoms, Depression, and Antidepressant Treatment. In: J Clin Psychiatry 2002;63:4.

Flores TC, Cross FS, Jones RD. Abnormal Esophageal Manometry in Globus Hystericus in Ann Otol Rhinol Laryngol 1981, 383:386.

García SS, Miquel LR, Andino OF. Globus Hystericus, Personalidad y Psicopatología. Acta Otorrinolaringol Esp. 2002; 53:174-180.

Giacchi RJ, Sullivan D, Rothstein S. Compliance with Anti-Reflux Therapy in Patients with Otolaryngologic Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease. In: The Laryngoscope 2000, 110:19-22.

Granas AG, Bates I. Patients understanding and management of their illnesses and prescribed medicines – a descriptive study. In: Pharm World Sci 2005;27:321-328.

Gillespie NA, Zhu G, Heath AC, Hickie IB, Martin NG. The genetic aetiology of somatic distress. In: Psychol Med 2000;30:1051-1061.

Glaser JP, Engel GL. Psychodynamics, psychophysiology and gastrointestinal symptomatology in Clin Gastroenterol 1977, 507:531.

Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of Irritable Bowel Syndrome on Health-Related quality of life. In: Gastroenterology 2000;119:654-660.

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. In: Br J Soc Clin Psychol 1967;6:278-296.

Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignacio LL et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological Medicine. 1980, 10:231-241.

Harris MB, Deary IJ, Wilson JA. Life events and difficulties in relation to the onset of globus pharyngeus. in Journal of Psychosomatic Research 1995, 603:615.

Hill J, Stuart RC, Fung HK, Cheung FM, Chung SCS, Hasselt A. Gastroesophageal reflux, motility disorders, and psychological profiles in the etiology of globus pharyngeus. in The Laryngoscope 1997;107:1373-1377.

Iacoponi & Mari. Reliability and factor structure. In: J. Social Psychiatry 1988, 35:213-222.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000
Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Irwin C, Falsetti AS, Lydiard RB, Ballenger JC, Brock CD, Brenner W. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. In: J Clin Psychiatry 1996;57:576-578.

Issing WJ, Tauber S, Folwaczny C, Reichel O. Impact of 24-hour intraesophageal pH monitoring with 2 channels in the diagnosis of reflux-induced otolaryngologic disorders in Laryngorhinotologie 2003;347:352.

Jacobson E. The physiology of globus hystericus. In: Jama 1924;83: 911-913.

Jakobsson U, Hallberg IR. Quality of life among older adults with osteoarthritis: an explorative study. In: J Gerontol Nurs 2006 Aug;32(8):51-60.

Juul O, Sigmundsson FG, Ovesen O, Andersen MO, Ernst C, Thomsen K. No difference in health-related quality of life in hip osteoarthritis compared to degenerative lumbar instability at pre-and 1- year postoperatively: a prospective study of 101 patients. In *Acta Orthop*, 2006 Oct;77(5):748-54.

Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. In *Lancet* 1990;27;335(8683):205-8.

Keller SD, Ware JE Jr, Bentler PM, Aronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner JB, Brazier J, Bullinger M, Kaasa S, Lepelge A, Sullivan M, Gandek B. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment in J Clin Epidemiol*, 1998, nov; 51(11): 1179-88.

Kellner R. Functional somatic symptoms and hypochondriasis. In *Archives of General Psychiatry*, 1985, 42:821-833.

Khalil HS, Bridger MW, Hilton-Pierce M, Vincent J. The use of speech therapy in the treatment of globus pharyngeus patients. A randomised controlled trial in *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2003, 187:190.

Khan MNS, Ahmad S, Arshad N, Ullah N, Maqsood N. Anxiety and Depressive Symptoms in Patients with Conversion Disorder. *JCPSP* 2005, vol.15 (8):489-492.

Kihlstrom JF. Dissociative and conversion disorders, in cognitive science and clinical disorders. Edited by Stein DJ, Young J. San Diego, Academic Press, 1992:247-270.

Knowles RL, Griebisch I, Bull C, Brown J, Wren C, Dezateux C. Quality-of-life and congenital heart defects: comparing parent and professional values. In: *Arch Dis Child* 2006 May 31.

Kobau R, Safran MA, Zack MM, Moriarty DG, Chapman D. Sad, blue, or depressive days, health behaviour and health-related quality of life, Behavioral Risk factor Surveillance system 1995-2000. In: Health quality of life. Outcomes 2004 Jul 30;2:40.

Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: a critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. In: Am J Gastroenterol 2001;96:1340-1349.

Koufman JA. The otolaryngologic manifestation of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. In Laryngoscope 1991;Apr;101 (4 pt 2 Suppl 53):1-78.

Kroenke K, Price RK. Symptoms in the community: prevalence, classification and psychiatric comorbidity. In: Arch Intern Med 1993;153:2474-2480.

Lacombe PS, Vicente JA Pages JC, Morselli PL. Causes and problems of nonresponse or poor response to drugs. In: Drugs 1996;51(4):552-570.

Lehtinen V, Puhakka H A Psychosomatic approach to the globus hystericus syndrome 1976 in Acta psychiat scand,53:21-28.

Levander H. Sensory sensitization, part II: Pathophysiology in dysfunctional disorders. Understanding the inner life of the nerve pathways may explain hitherto unexplainable symptoms 2003, 1618-9, 1622-4.

Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA et al. Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. In: Gastroenterology 2006;130:1447-1458.

Linsell J.C, Anggiansah A., Owen W.J. Manometric findings in patients with the globus sensation. [abstract] In Gut 1987; 28: A1378.

Leufkens HE, Uguhart J. Variability in patterns of drug usage. In: J Pharm Pharmacol 1994;46:433-437.

Litwin R, Cardeña E. Demographic and seizure variables, but not hypnotizability or dissociation, differentiated psychogenic from organic seizures. In: J Trauma and Dissociation 2000;1:99-122.

Locke GR III, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton III LJ. Prevalence and Clinical Spectrum of Gastroesophageal Reflux: A Population-Based Study in Olmsted County, Minnesota. Gastroenterology. 1997;112:1448-1456.

Locke GR III, Wearver AL, Melton LJ III, Talley NJ. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. In: Am J Gastroenterol 2004;99:350-357.

Lombardo F, Salzano G, Messina MF, De Luca F. How self management therapy can improve quality of life for diabetic patients. In: Acat Biome Ateneo Parmense 2003;74 Suppl 1:26-8.

Lorenz R, Jorysz G, Clasen M. The globus síndrome: value of flexible endoscopy of the upper gastrointestinal tract. in The J of Laryngol and Otol 1993;107:535-537.

Ludwing AM. Hysteria: a neurobiological theory. In: Arch Gen Psychiatry 1972;27:771-777.

Malcolmson K.G. Globus hystericus vel pharynges. in J Laryngol Otol 1968, 219:230.

Mamede RC, De Mello-Filho FV, Dantas RO. Severe hypertrophy of the base of the tongue in adults. In Otolaryngol Head Neck Surg 2004;131(4):378-82.

Mari JJ, Williams P. A Validitiy study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry 1986, 148: 23-6.

Maran A, Jacoson I. Cervical osteophytes presenting with pharyngeal symptoms. Laryngoscope 1971, 81: 412-417.

Mayer EA, Gebhart GH. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. In: Gastroenterology 1994;107:271-93.

Meares M. Intimacy and alienation. London, Routledge, 2000.

Mearin F, Cucala M, Azpiroz F. The origin of symptoms on the brain-gut axis in functional dyspepsia. In: Gastroenterology 1991;101:999-1006.

Melnikow J, Kiefe C. Patient compliance and medical research. In: J Gen Intern Med 1994;9(2):96-105.

Merskey H. The importance of hysteria. in British J of Psychiatry 1986; 149: 23-28.

Miyake H, Matsuzaki H. Studies on abnormal feeling in the throat. Pract.oto-rhino-laryng. 1970;32:364-372.

Moloy P.J., Charter R. The Globus Symptom. in Arch Otolaryngol 1982; 108: 740-744.

Moser G, Granser GVV, Schnider Ch, Abatzi TA, Pokieser P, JanottaGS. et al High incidence of Esophageal motor disorders in consecutive patients with Globus Sensation in American Gastroenterological Association 1991, 1512:1521.

Norri SL. Health-related quality of life among adults with diabetes. In Curr Diab Rep 2005 Apr;5(2):124-30.

Oakley DA. Hypnosis and conversion hysteria: a unifying model. In: Cognitive Neuropsychiatry 1999;4:243-265.

Osborne RH, Buchbinder R, Ackerman IN. In BMC Musculoskelet Disord 2006, Nov 30;7:90.

Peghini PL, Katz PO, Castell DO. Imipramine decreases oesophageal pain perception in human male volunteers. In: Gut 1998;42:807-13.

Pratt LW, Tobin WH, Gallagher RA. Globus hystericus – office evaluation by psychological testing with the MMPI. In: Laryngoscope 1976; 86: 1540-1551.

Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, Wetzel RD. Briquet's syndrome, dissociation and abuse. In: Am J Psychiatry 1993;150:1507-1511.

Price P. The diabetic foot: quality of life. In: Clin Infect Dis 2004 Aug1;39Suppl2:129-31.

Purcell JA. Treatise of vapours or hysteric fits, London: 2 nd Ed Edward Place ; 1707.

Puhakka H, Lehtinen V, Aalto T. Globus hystericus – a psychosomatic disease? in J Laryngol Otol 1976, 1021:1026.

Rasamen P, Roine E, Sintomen H, Semberg-Konttinen V, Ryynanen OP, Roine R. Use of quality-adjusted life years for the estimation of effectiveness of health care: A systematic literature review. In: Int J Technol Assess Health Care 2006 Spring;22(2):235-41.

Reilly J, Baker GA, Rhodes J, Salmon P. The association of sexual and physical abuse with somatization: characteristics of patients with irritable bowel syndrome and non-epileptic attack disorder. In: Psychol Med 1999;29:339-406.

Richter JE, Baldi F, Clouse RE, Diamant NE, Janssens J, Staiano A. Functional Oesophageal Disorders. Gastroenterology International. 1992;5:3-17.

Roelofs K, Keijsers GPJ, Hogduin KAL, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. In: Am J Psychiatry 2002;159:1908-1913.

Salmon P, Skaife K, Rhodes J. Abuse, dissociation, and somatization in irritable bowel syndrome: towards an explanatory model. In: J Behav Med 2003; 26:1-18.

Shiomi Y, Shiomi Y, Oda N, Hosoda S. Hyperviscoelasticity of epipharyngeal mucus may induce globus pharynges in Ann Otol Rhinol Laryngol 2002; 111:6-9.

Smit CF, Leeuwen JAMJ, Vliegen LMHM, Devriese PP, Semin A, Tan J et al. Gastropharyngeal and Gastroesophageal Reflux in Globus and Hoarseness in Archive of Otolaryngology – Head & Neck Surgery 2000, 827:830.

Simrén M, Svedlund J, Posserud I, Björnsson ES, Abrahamsson H. Health-Related Quality of life in Patients Attending a Gastroenterology Outpatient Clinic: Functional Disorders Versus Organic Diseases. In: Clinical Gastroenterology and Hepatology 2006; 4:187-195.

Solyom L, Sookman D. Fear of choking and its treatment. In Can J Psychiatry 1980, 25:30-34.

Soto M, Failde I, Marquez S, Benitez E, Ramos I, Barba A, Lopez F. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. In: Qual Life Res 2005 Apr; 14(3):759-68.

Spielberger CD, Gorsuch RL & Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press Inc, 1970 New York.

Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. SF-36 Health Survey. Swedish Manual and interpretation guide. Gothenburg: health care research unit, medical faculty. Gothenburg University and Sahlgrenska Hospital 1994.

Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients with irritable bowel-type symptoms. In: Am J Gastroenterol 1995; 90:366-371.

Talley NJ, Locke DR3rd, Lahr BD, Zinsmeister AR, Tougas G, Ligozio G, Rojavin MA, Tack J. Functional dyspepsia, delayed gastric emptying, and impaired quality of life. In: *Gut* 2006 Jul;55(7):933-9.

Tanum L, Malt UF. A new pharmacologic treatment of functional gastrointestinal disorder. A double-blind placebo-controlled study with mianserin. In: *Scand J Gastroenterol* 1996;31:318-25.

Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. In: *N Engl J Med* 1996;334:835-40.

Thompson WG. The road to Rome. *Gut*, 1999; 45: II80- II81.

Thompson WG, Heaton K.W. Heartburn and globus in apparently healthy people. in *Can Med Assoc J* 1982, 126: 46-48.

Walker JG, Littlejohn GO. Measuring quality of life in rheumatic conditions. In *Clin Rheumatol*, 2006, Nov, 24.

Watson WC, Sullivan SN. Hypertonicity of the Cricopharyngeal Sphincter: A cause of Globus Sensation in *The Lancet* 1974, 1417:1419.

Weiss E. English GL. Psychosomatic medicine. New York, 1949; 2 nd Ed: Norton.

Wiklund I. Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. In: *Dig. Dis* 2004;22(2):108-14.

Wilson JA, Deary IJ, Maran AGD. Is Globus hystericus? in *British J of Psychiatry* 1988; 153: 335-339.

Wilson JA, Heading RC, Maran AGD, Pryde A, Piris J, Alan PL. Globus sensation is not due to gastroesophageal reflux. in *Clin Otolaryngol* 1987, 12:271-275.

Wilson JA, Pryde A, Piris J, Allan PL, Macintyre CCA, Maran AGD, et al. Pharyngoesophageal dysmotility in globus sensation. In Arch Otolaryngol- Head Neck Surg 1989; 115: 1086-1090.

Wong WM, Lai KC, Lam KF, Hui WM, Hu WHC, Lam CLK et al. Prevalence, clinical spectrum and health care utilization of gastro-oesophageal reflux disease in Chinese population a population-based study. In Aliment Pharmacol Ther 2003; 18:595-604.

Zahran HS, Kobau R, Moriarty DG, Zack MM, Hoet J, Donehoo R,. Health-related quality of life surveillance-United States 1993-2002. In: MMWR Surveil Summ 2005. Oct28;54(4):1-35.

Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-370.

Abstract

Globus Faringeus: Assessment of Psychiatric Morbidity, Depressive Symptoms, Health Related Quality of Life and Therapeutic outcomes.

Aim: To ascertain in globus patients (Rome II Criteria) and in GERD patients with globus symptoms the prevalence of psychiatric morbidity, depressive symptoms, health related quality of life derangements and predictive factor of therapeutic outcomes.

Methods: Patients were selected at the Digestive Motility Diseases unit accordingly to inclusion/exclusion criteria pre-established and invited to participate in the study. Clinical Criteria (Roma II) and diagnostic tests (Upper digestive endoscopy, 24 hrs pHmetry) were used to classify patients in the two subgroups: Globus accordingly to Roma II Criteria and GERD patients in the globus symptoms. Head and neck physical examination was employed to exclude associated organic diseases. The SRQ-20 questionnaire and the Beck Depression Inventory were used respectively to assess psychiatric morbidity and depressive symptoms. Health related quality of life was investigated with SF-36 instrument.

Results: 85 patients were selected and invited to participate in this protocol; 37 patients were further excluded in accordance to the inclusion/exclusion criteria. The remaining 48 patients were split in the two subgroups: globus (Roma II)(18 F, 3 M, mean age 49,1 years and range 37-72 years) and GERD patients with globus symptoms (21 F, 6 M, mean age 49,6 years and range 28-73 years) the two groups provided homogeneous when their demographic data (gender $p=0,480$ and years $p=0,877$), and globus duration ($p=0,390$) were compared. Regarding psychiatric morbidity and depressive symptoms, it was observed a tendency, not statistically significant, for globus patients (Roma II) to have more psychiatric morbidity ($p=0,09$) and moderate to severe depressive symptoms ($p=0.059$). Additionally it was detected that globus is able to significantly impair health related quality of life. No predictive factor was identified but gender and educational level may play a role.

Conclusions: Globus can significantly impair emphasis on mental health (53,2) and aspects emotional (50,8). Psychiatric morbidity and depressive symptoms tend to be more common in globus patients (Roma II) but do not seem to influence therapeutic outcomes. Gender and educational levels may play a role in this aspect. Further investigations is warranted.

Key Words: disorders motility, Psychiatric morbidity, depressive symptoms, health related quality of life, therapeutic outcomes.