

ALINE CELEGHINI ROSA VICENTE DA FROTA

Síndrome do intestino irritável: qual a sua prevalência, a sua correlação com depressão e ansiedade e seu impacto na qualidade de vida dos estudantes de medicina?

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Pesquisa em Cirurgia.

São Paulo
2026

ALINE CELEGHINI ROSA VICENTE DA FROTA

Síndrome do intestino irritável: qual a sua prevalência, a sua correlação com depressão e ansiedade e seu impacto na qualidade de vida dos estudantes de medicina?

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Pesquisa em Cirurgia

Área de concentração: Pesquisa em Cirurgia

Orientador: Prof. Dr. Tercio de Campos

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Frota, Aline Celeghini Rosa Vicente da

Síndrome do intestino irritável: qual a sua prevalência, a sua correlação com depressão e ansiedade e seu impacto na qualidade de vida dos estudantes de medicina?/ Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota. São Paulo, 2026.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Pesquisa em Cirurgia.

Área de Concentração: Pesquisa em Cirurgia

Orientador: Tercio de Campos

1. Síndrome do intestino irritável 2. Cólon irritável 3. Estudantes de medicina 4. Indicadores de qualidade de vida 5. Ansiedade 6. Depressão 7. Transtorno depressivo 8. Questionário de saúde do paciente

BC-FCMSCSP/20-26

Aos meus pais,

Que sempre foram meu alicerce e minha inspiração. Com amor incondicional, apoio constante e palavras firmes, me ensinaram a voar mais alto, sem jamais perder a essência do meu caráter ou dos valores que me formam.

A eles, que me mostraram que a verdadeira conquista vai além do êxito acadêmico, e está na integridade com a qual trilhamos nossos caminhos. Se hoje caminho com firmeza, é porque aprendi com eles que nossos vínculos e princípios são nosso bem maior.

Ao meu irmão,

Cuja presença serena sempre foi um refúgio nos dias turbulentos.

Com sua calma, me ensinou a escutar com o coração; com sua tranquilidade, me mostrou que a força também habita no silêncio.

Ao Thiago,

Por sua presença constante mesmo nos meus momentos de ausência. Por compreender meus silêncios, acolher minhas inquietações e permanecer ao meu lado nos dias de loucura e desespero. Sua paciência, incentivo e amor foram fundamentais para que eu pudesse seguir em frente e concluir esta etapa com dignidade e serenidade.

Aos meus avós,

Que mesmo ausentes fisicamente, seguem presentes em tudo que sou. Foram as raízes que sustentaram minha formação, com colo acolhedor, o carinho inesquecível e o exemplo da importância da família e dos valores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos alunos que gentilmente participaram deste estudo, disponibilizando seu tempo e contribuindo com respostas valiosas aos questionários aplicados. Sem a colaboração de cada um, este trabalho não teria sido possível.

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, à Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e à Universidade Anhembi Morumbi, meu profundo reconhecimento por terem se tornado, ao longo dos anos, verdadeiros lares para meu crescimento acadêmico e humano.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Tercio de Campos, meu mais sincero agradecimento por ser, desde os tempos da graduação, um pilar essencial na minha trajetória. Por meio do grupo de estudos em Pancreatite Aguda, do intercâmbio em Verona e de tantos outros projetos — por vezes ousados, mas sempre acolhidos com entusiasmo, generosidade e disposição —, encontrei não apenas orientação acadêmica, mas também força, inspiração e aprendizado contínuo.

Aos meus professores, que ao longo desta jornada contribuíram, de maneira direta ou indireta, para a construção do meu conhecimento, deixo minha gratidão. Em especial, aos queridos professores da escola, Débora Nascimento e Umberto Cavalheiro, e aos mestres da Coloproctologia pelo exemplo e ensinamentos, em especial ao Dr. Jorge Ortiz por ter me acolhido como uma filha, ao Dr. Gustavo Parreira e à Dra. Caroline Petersen por todas as colocações e ensinamentos em meu exame de qualificação e em minha trajetória profissional. À Dra. Nayara Salgado Carvalho, por todo ensinamento compartilhado na pós-graduação do Hospital Albert Einstein e por ampliar minha visão sobre o cuidado integral aos pacientes.

Aos alunos e residentes que me permitem aprender todos os dias através do ato de ensinar, meu muito obrigado. Em especial ao Gustavo Lima, e às alunas e alunos que estiveram diretamente envolvidos neste projeto: Júlia Marcondes e Julia Astofoli, Bianca Morales, Isabella Migliavacca, Thaís Jareño, Mariana Mie e Bruno Russo.

Às estatísticas Érika Tiemi Fukunaga e Mitti Koyama, pela competência e disponibilidade na análise dos resultados, meus agradecimentos técnicos e humanos.

À Rosemeire Almeida, meu braço direito pela compreensão nos momentos de stress e por abraçar os desafios comigo.

À minha grande família, base sólida que sempre me apoiou desde os tempos escolares, mesmo que, por vezes, à distância. Seu amor é presença constante. Em

especial, ao meu querido primo Leo, que assumiu com dedicação o papel de estatístico e conselheiro de plantão, com paciência e generosidade.

Aos meus poucos e bons amigos, que com carinho e apoio constante sustentaram meus passos nos momentos mais desafiadores. Um agradecimento especial à Karla, Julinha e Mari — por tudo, e por qualquer coisa, sempre.

“O real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

João Guimarães Rosa, *Grande Sertão: Veredas*

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

5HT	- Serotonina
DGIF	- Distúrbios gastrointestinais funcionais
FCMSCSP	- Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
FRC	- Fator de liberação de corticotropina
GAD-7	- Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada-7
IBS-QOF	- Questionário de Qualidade de Vida para Síndrome do Intestino Irritável
IC	- Intervalo de Confiança
miR-199	- Micro RNA
MQO	- Mínimos Quadrados Ordinários
PHQ-9	- Questionário de Saúde do Paciente-9
RR	- Risco relativo
SII	- Síndrome do intestino irritável
TGR5	- Neurônios entéricos
TLR4	- Receptores Toll-like 4
TRPV1	- Canal iônico sensível a estímulos
UAM	- Universidade Anhembi Morumbi

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Epidemiologia.....	1
1.2	Fisiopatologia	3
1.3	Diagnóstico	6
1.4	Impactos Gerais	6
1.5	Impactos nos Estudantes de Medicina	8
2	OBJETIVOS	9
3	CASUÍSTICA E MÉTODO	10
3.1	Desenho do Estudo.....	10
3.2	Questões Éticas	10
3.3	População do Estudo	11
3.4	Amostra.....	11
3.5	CrITÉRIOS de Inclusão	11
3.6	CrITÉRIOS de exclusão.....	12
3.7	Variáveis do Estudo	12
3.8	Obtenção de Dados	13
3.9	Análise Estatística.....	13
4	RESULTADOS	15
4.1	Casuística	15
4.2	Características dos Alunos	15
4.3	Caracterização dos Alunos com SII	18
4.5	Avaliação da SII e Impacto nas Atividades.....	22
4.5.1	Efeito da SII na Categoria IBS-Geral	27
4.5.2	Efeito da SII na Categoria IBS-Disforia	31
4.5.3	Efeito da SII na Categoria IBS-Interferência de Atividades.....	35
5	DISCUSSÃO	39
6	CONCLUSÕES	50
7	ANEXOS	51
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
	RESUMO	88
	ABSTRACT	89
	LISTAS DE FIGURAS.....	90
	LISTAS DE TABELAS.....	91
	APÊNDICES.....	92

1 INTRODUÇÃO

A síndrome do intestino irritável (SII) é um dos principais diagnósticos nos serviços de gastroenterologia e coloproctologia do mundo, embora a compreensão de suas origens tenha ocorrido nas últimas décadas e ainda apresente diversas lacunas¹⁻⁴. É considerada um distúrbio da interação intestino-cérebro, apresentando um predomínio mundial de aproximadamente 1,3% a 7,6% na população geral, sendo mais prevalente em jovens adultos do sexo feminino^{2,5}.

Ademais, é sabido que há uma correlação entre fatores emocionais e surgimento ou exacerbação da SII⁶⁻⁸, o que deve ser visto como um fator de atenção em determinadas populações como médicos e estudantes de medicina, que possuem jornadas de trabalho extensas, exaustivas, com privação de sono e demandas emocionais intensas⁹⁻¹⁶, principalmente após a pandemia de COVID-19¹⁷.

Seu impacto global na qualidade de vida muitas vezes é subestimado, gerando prejuízos em diversos aspectos, principalmente físicos, emocionais e econômicos^{6,11,16,18,19}.

Nos últimos anos, têm-se observado relatos crescentes sobre as suas implicações no desempenho diário e na produtividade de trabalhadores com SII, levando a licenças médicas e redução da qualidade de vida²⁰.

1.1 Epidemiologia

As desordens do eixo intestino-cérebro, dentre elas a SII, tiveram sua legitimação na década de 1980, o que permitiu a evolução do seu diagnóstico e possibilitou para pacientes e médicos maiores subsídios para medicamentos e tratamentos².

Segundo Drossman², embora sejam condições frequentemente encontradas na prática clínica, a sua fisiopatologia ainda não é bem compreendida e mesmo atualmente há uma lacuna para seu diagnóstico uma vez que, ao contrário de muitas outras condições médicas, não há exames laboratoriais definitivos ou estudos de imagem que possam confirmar o diagnóstico de SII. Ele é baseado principalmente em sintomas, o que pode levar a incertezas no diagnóstico, o que afeta diretamente os estudos epidemiológicos.

Nesse contexto, as reuniões de Roma são organizadas periodicamente com o propósito de desenvolver e refinar critérios diagnósticos para os distúrbios do eixo intestino-cérebro, como a SII. Esses encontros internacionais reúnem especialistas de diversas áreas para estabelecer consensos baseados em evidências sobre aspectos clínicos, fisiopatológicos e terapêuticos das desordens funcionais gastrointestinais.

Em 2021, o grupo de trabalho da Fundação Roma aplicou questionários de acordo com os critérios de ROMA IV²¹ presenciais e online em 33 países, tendo 73.076 participantes e demonstrou que a prevalência de SII no mundo variou de 0,3% (Gana) a 7,6% (Egito), com diferenças significativas com relação aos diferentes países, conforme evidenciado na Fig. 1⁴. O Brasil teve 2.004 participantes, com uma prevalência de 4,7% de portadores de SII. As taxas de prevalência combinadas para SII foram 1,8 vezes maiores entre as mulheres^{5,22}. A prevalência da SII diminui com o avanço da idade (> 50 anos), mas é semelhante em crianças e adolescentes em comparação com adultos e não necessariamente se transmite da infância para a idade adulta²².

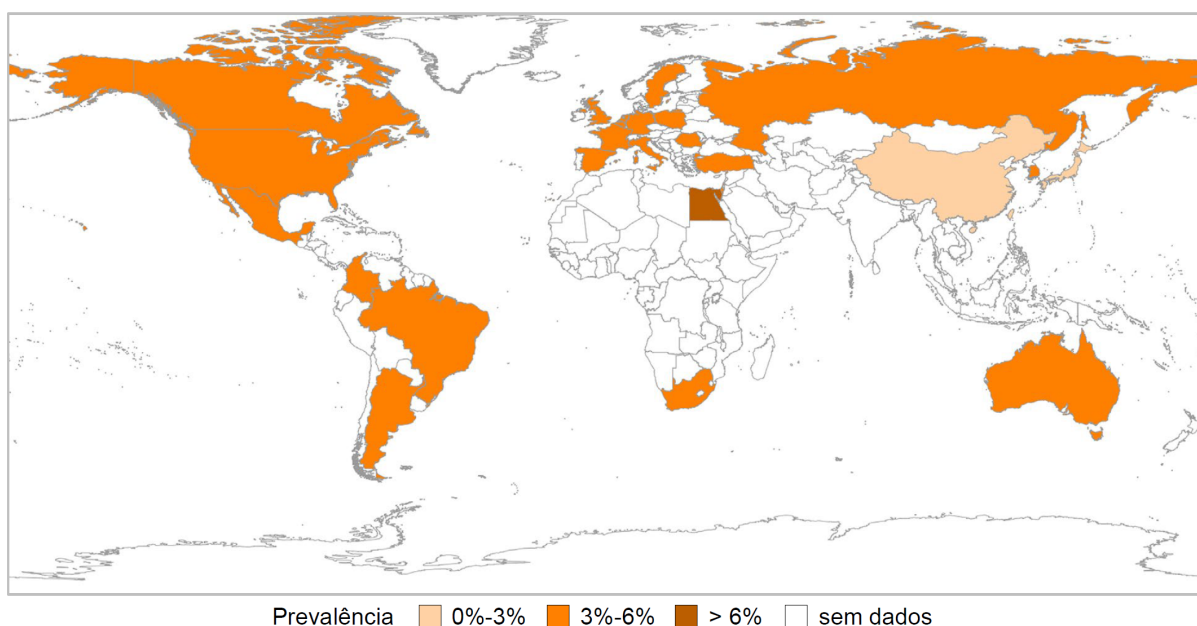


FIGURA 1. Prevalência de Síndrome do intestino irritável segundo Roma IV [Fonte: adaptado de Huang et al.⁴].

No que diz respeito a estudantes de medicina, a prevalência da SII é variável devido a condições geográficas, socioeconômicas e culturais e está entre 7,8% e 36,6%²³⁻³⁴.

1.2 Fisiopatologia

A SII é uma doença multifatorial. Portanto, a patogênese subjacente é considerada complexa e a fisiopatologia molecular precisa está longe de ser compreendida.

Anormalidades gastrointestinais como ativação imunológica, disbiose intestinal (desequilíbrio microbiano), comprometimento das funções da mucosa, sensibilização nervosa, plasticidade pós-infecciosa, expressão e liberação alteradas de mediadores da mucosa e do sistema imunológico e perfis de expressão gênica alterados têm sido associadas à SII. A Fig. 2 demonstra como o metabolismo alimentar e microbiano estimula as células endócrinas do intestino a liberarem hormônios e neurotransmissores que levam à dor visceral e à redução da motilidade gastrointestinal. A apelina, o fator de liberação da corticotropina e a sinalização inflamatória mediada pelo receptor Toll-like 4 promovem hipersensibilidade visceral e disfunção da barreira intestinal. As concentrações de hidrogênio e metano estão relacionadas ao tempo de trânsito oroanal anormal, sendo que em velocidades aumentadas é associado a maior gravidade de desconforto abdominal, borborígnos e náusea. A diminuição do miR-199 induz hipersensibilidade visceral e intensifica a dor visceral em pacientes com SII por meio da regulação translacional do TRPV1. A expressão de proteínas na mucosa colônica e os ácidos biliares fecais correlacionaram-se com a gravidade dos sintomas em pacientes com SII com predomínio de diarreia⁴, fazendo com que diversos fatores impactem na sintomatologia desta condição, demonstrando sua complexidade no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento da SII. No entanto mesmo com todo entendimento relacionado aos sintomas gastrointestinais e as vias de sinalização neuro-hormonais, ainda há muito a compreender no que diz respeito à uma correlação coerente entre todos estes fatores específicos e os sintomas da SII³⁵.

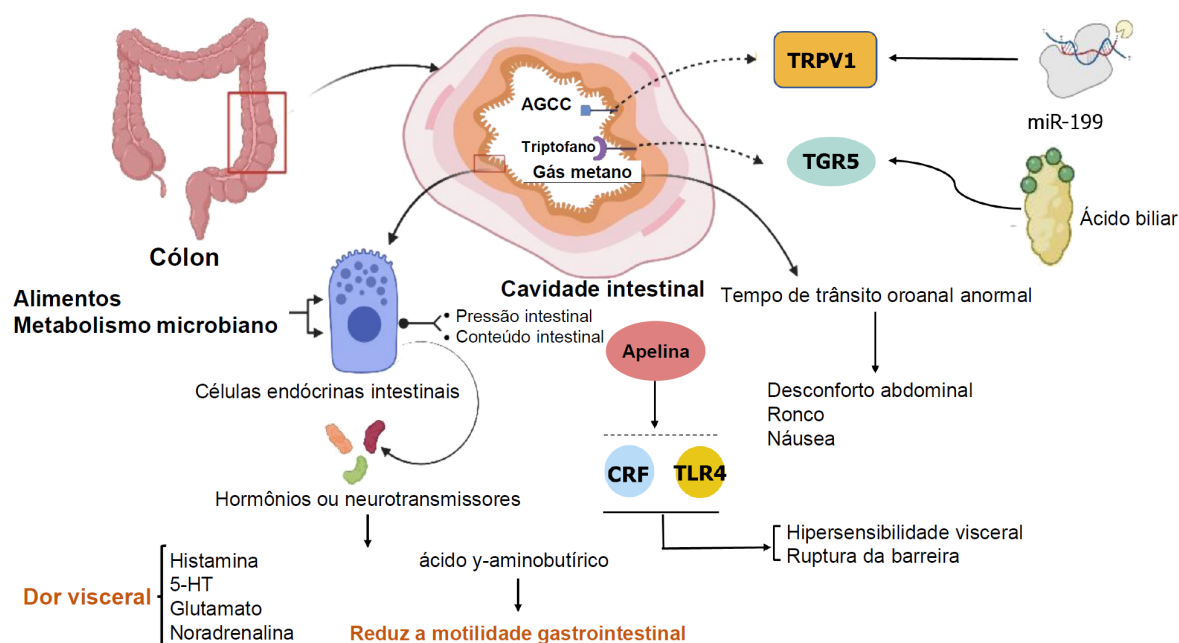


FIGURA 2. Fisiopatologia da Síndrome do Intestino Irritável no Intestino
[Fonte: adaptado de Huang et al.⁴].

Além disso, é sabido que fatores estressores externos, como ansiedade, depressão e estresse psicossocial, interagem com a microbiota intestinal por meio do eixo cérebro-intestino, modulando a resposta neuroendócrina e imunológica, o que pode resultar em manifestações gastrointestinais típicas da SII. Por este motivo, ela é definida como um distúrbio de íntima interação intestino-cérebro^{2,8,19,23,36,37} conforme representado na Fig. 3⁸. Diversas alterações funcionais foram descritas no contexto de fatores estressores externos, como mudança da sensibilidade visceral, motilidade intestinal e disfunções secretoras, além de comorbidades somáticas e psiquiátricas³⁵.

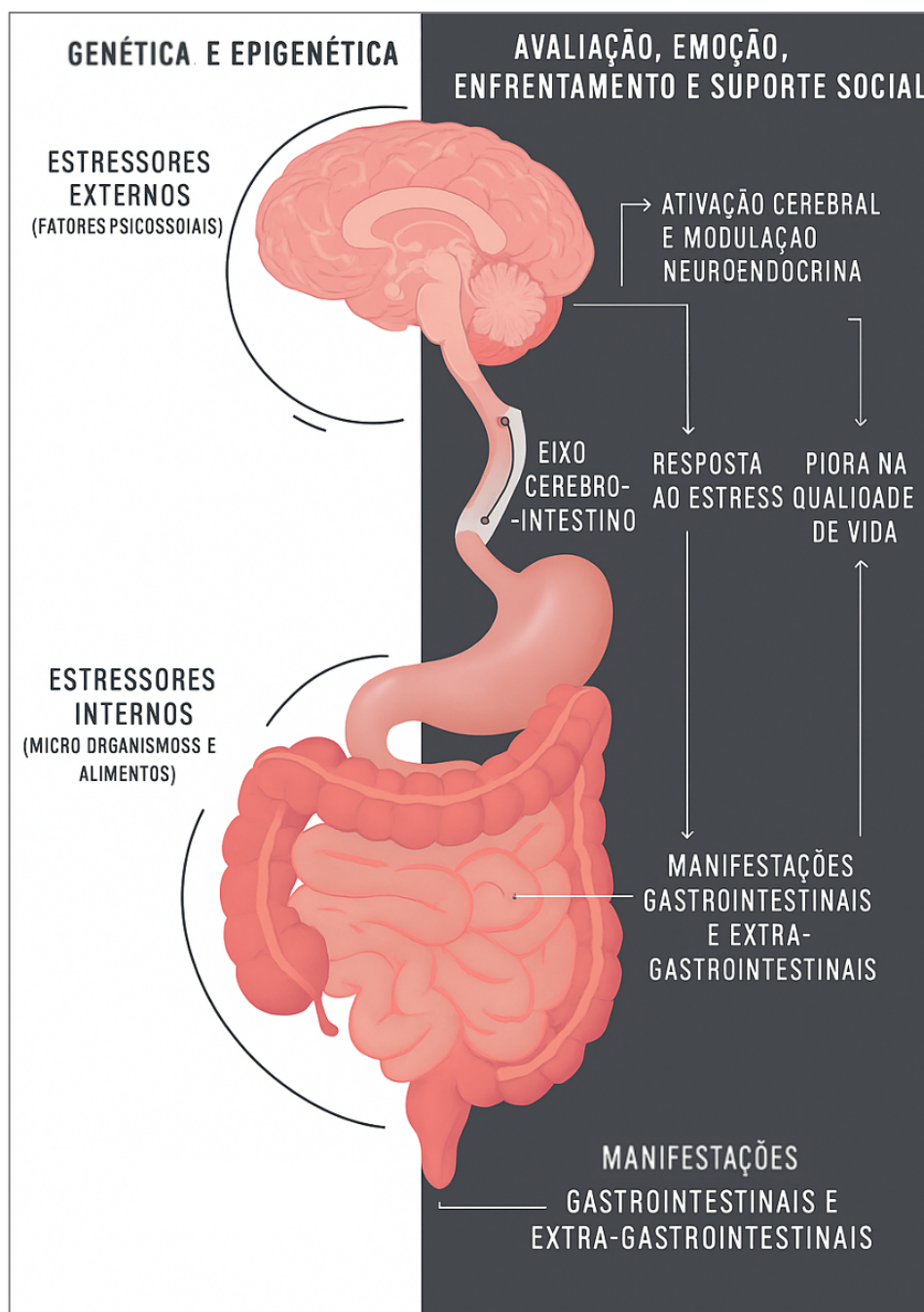


FIGURA 3. Interação eixo intestino cérebro na SII [Fonte: adaptado de Calderón et al.^{8]}.

Isto é avaliado por uma metanálise que mostrou taxa de prevalência de sintomas psicológicos nos pacientes com SII, sendo a ansiedade de 39,1%, enquanto a depressão de 28,8%²³. Além destes, há a correlação com o estresse que serviu como fator desencadeante quanto como fator de exacerbação da SII^{6-8,38}. Embora o efeito cumulativo dos fatores emocionais ainda não seja bem definido na literatura, acredita-se que a longo prazo eles possam efeito com relação à gravidade dos sintomas nos pacientes com SII^{7,16}.

1.3 Diagnóstico

Não há um teste laboratorial ou de imagem que defina o diagnóstico da SII. O seu diagnóstico é realizado a partir dos critérios de Roma IV (Quadro 1)^{21,39}, em que o paciente deve apresentar sintomas por pelo menos uma vez por semana, nos últimos três meses. Ademais, deve-se avaliar pelo menos dois dos seguintes sintomas: alterações na frequência das evacuações e/ou características das fezes, dor abdominal relacionada a defecação. Embora a distensão abdominal seja um sintoma comumente relatado, sua presença não é obrigatória para diagnosticar com precisão SII, a realização de exames complementares para exclusão de outros diagnósticos não é obrigatória, apenas no caso de sinais de alarme^{21,39-41}.

QUADRO 1. Critérios de Roma IV²¹.

Critérios* de Roma IV ²¹	
Devem incluir todos os seguintes sintomas:	
Dor abdominal com duração de 4 dias por mês associada com um dos mais seguintes sintomas	Relacionada a evacuação
	Uma alteração na frequência das evacuações
	Uma alteração no formato das fezes
Nas crianças com constipação, a dor não é aliviada com a resolução da constipação (nas crianças cuja dor é aliviada sofrem de CF, não SII)	
Após avaliação apropriada, os sintomas não podem ser totalmente explicados por outra condição médica	

*Os critérios de Roma IV²¹ devem ser preenchidos 3 meses antes do diagnóstico de SII.

1.4 Impactos Gerais

Embora a SII não seja fatal, ela traz diversas consequências e prejuízos na qualidade de vida de seu portador, assim como no trabalho e nas relações sociais. O impacto negativo na vida de pacientes com SII pode ser tão acentuado que em um estudo realizado nos Estados Unidos da América e Canadá relatou que a maioria dos pacientes renunciariam de 10 a 15 anos de expectativa de vida por uma cura instantânea para a sua condição⁴², além disso, pacientes com SII aceitariam um risco de morte súbita de 1% se um medicamento hipotético pudesse curar os sintomas de SII⁴³.

Em comparação com outras doenças, os pacientes com SII apresentaram qualidade de vida geral prejudicada com valores mais baixos em todas as subescalas de um questionário de qualidade de vida quando comparados a portadores de doença do refluxo gastroesofágico e diabetes^{18,43}.

Além dos impactos clínicos e na qualidade de vida, a SII representa um ônus significativo nas relações de trabalho com maiores taxas de absenteísmo e menor produtividade^{18,40}, além de prejuízos para os sistemas de saúde em todo o mundo^{18,40}.

Conforme destacado em um artigo de revisão, os custos médicos diretos atribuídos à SII nos Estados Unidos da América, excluindo medicamentos prescritos e de venda livre, são estimados em US\$ 1,5 a US\$ 10 bilhões por ano¹⁸. Altos níveis de utilização de recursos de saúde, exames frequentemente desnecessários ou realizados com muita frequência e variações regionais significativas nos exames e tratamentos contribuem ainda mais para custos diretos e indiretos substanciais⁴⁰.

A Fig. 4 representa o modelo conceitual biopsicossocial das doenças gastrointestinais funcionais (DGIF), como a SII. Fatores genéticos, culturais e ambientais precoces — como traumas, infecções e comportamentos parentais — atuam como moduladores do desenvolvimento de fatores psicossociais, incluindo estresse, traços de personalidade, estado psicológico e suporte social. Esses fatores impactam diretamente a fisiologia do trato gastrointestinal, alterando a motilidade, a sensibilidade visceral e a resposta imunológica, o que contribui para a disfunção do eixo cérebro-intestino e o surgimento dos sintomas das DGIF. Tais manifestações afetam a qualidade de vida, a funcionalidade diária e aumentam a utilização e os custos com serviços de saúde.

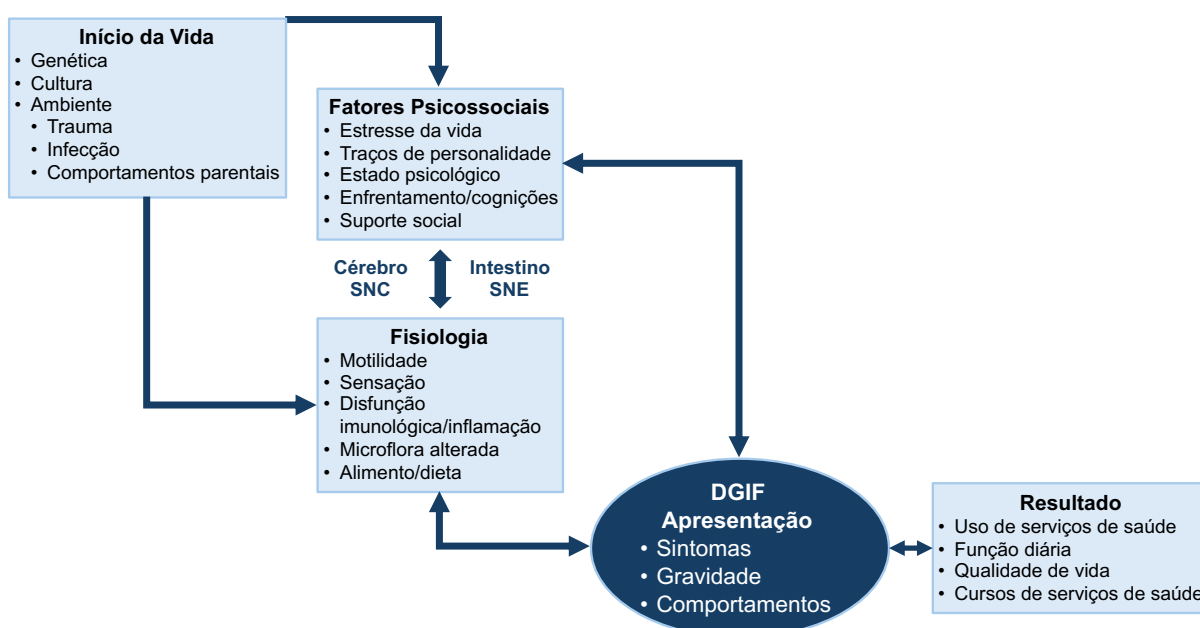


FIGURA 4. Conceituação biopsicossocial da patogênese, experiência clínica e efeitos de distúrbios gastrointestinais graves. DGIF: distúrbios gastrointestinais funcionais [Fonte: adaptado de Drossman²].

1.5 Impactos nos Estudantes de Medicina

Em um contexto de alterações psicológicas e situações de stress e ansiedade frequentes em decorrência da alta carga de estudos e responsabilidades, os estudantes de medicina passam a ser considerados como um grupo vulnerável para SII com estudos sugerindo prevalência de 9,3% a 60,0%^{9,10,23,27,28,31–33,44}. Futuramente, este grupo quando graduados médicos enfrentarão maiores desafios, incluindo pressão mental, turnos exaustivos frequentes e trabalho prolongado. Estudos demonstram que profissionais que trabalham nestes regimes são os mais propensos à SII, variando de 12,9% a 36,6%^{12,15,45}.

Recentemente, a epidemia de COVID-19 ampliou ainda mais a carga de trabalho que elevou a pressão psicológica e, aliado com refeições irregulares e insônia, promoveu um aumento na prevalência de SII, principalmente relacionada à ansiedade e depressão como problemas psicológicos. Tais ocorrências fazem com que a equipe de saúde se sobrecarregue e enfrente dificuldades para ofertar serviços médicos de boa qualidade^{12,15}, principalmente em contexto de aumento de Burnout e taxas de suicídio na população médica e aumento das taxas de abstenção nos estudos^{14,17,46}.

Os dados na literatura são escassos acerca desta doença e seus fatores de influência, especialmente entre os estudantes de medicina brasileiros. Os estudos disponíveis não avaliam com profundidade os impactos da SII no que diz respeito a eficiência nos estudos, saúde mental e comprometimento da qualidade de vida^{27,28,32}.

2 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo foram definir a prevalência de SII em estudantes de medicina bem como avaliar sua correlação com depressão e ansiedade e investigar seu impacto na qualidade de vida.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Desenho do Estudo

Realizado um estudo transversal por inquérito. Foi aplicado um questionário online para todos os acadêmicos do primeiro ao sexto ano de graduação em Medicina da Universidade Anhembi Morumbi campus Mooca e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, localizadas na cidade de São Paulo, Brasil (Anexo 1).

Os questionários foram enviados por e-mail institucional para os alunos bem como apresentados em grupos de WhatsApp. Na Universidade Anhembi Morumbi, um *QR code* que direcionava para o questionário foi disponibilizado nas salas de aula. O envio ocorreu no período de 2 meses (outubro e novembro de 2024).

Os alunos tiveram o prazo para preenchimento de 1 semana a partir da abertura do formulário.

Foram aplicadas 66 perguntas (que incluem perfil sociodemográfico, critérios de Roma, critérios para avaliação de ansiedade e depressão, bem como de qualidade de vida).

3.2 Questões Éticas

Esse projeto foi elaborado segundo as normas definidas pela Resolução CNS 466/2012, tendo sido aprovado sob número 5.816.332 no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Anhembi Morumbi e sob número 6.960.457 no Comitê de Ética da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Apêndices 1 e 2).

Durante a elaboração desta dissertação, foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial exclusivamente como apoio auxiliar. O ChatGPT (OpenAI) foi empregado para revisão gramatical, aprimoramento da fluidez textual e aumento da legibilidade do manuscrito, sem interferência na concepção do estudo, análise dos dados, interpretação dos resultados ou conclusões, integralmente realizadas pela autora. Além disso, a plataforma Connected Papers foi utilizada para auxiliar no mapeamento da literatura científica e na identificação de trabalhos relacionados ao

tema pesquisado. Todo o conteúdo foi revisado criticamente pela autora, que assume total responsabilidade pelas informações apresentadas.

3.3 População do Estudo

A população do estudo foi composta por acadêmicos do primeiro ao sexto ano de graduação em Medicina da Universidade Anhembi Morumbi campus Mooca e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, localizadas na cidade de São Paulo, Brasil, totalizando o envio dos questionários para 2.160 alunos.

3.4 Amostra

O cálculo amostral foi realizado com base na prevalência estimada da SII na população de estudo, considerada em 15% em estudos prévios. Adotou-se um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e poder estatístico de 95% ($1 - \beta = 0,95$), a fim de garantir sensibilidade suficiente para detecção de associações estatisticamente significativas. Com isso, obteve-se um tamanho mínimo de amostra de 196 indivíduos.

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2}$$

onde:

- n = tamanho da amostra
- Z = valor crítico para o nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$)
- P = prevalência esperada (0,15)
- d = margem de erro desejada (ex. 0,05)

Substituindo os valores:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,15 \cdot (1 - 0,15)}{(0,05)^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,15 \cdot 0,85}{0,0025} \approx 196$$

3.5 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram acadêmicos do primeiro ao sexto ano de graduação em Medicina da Universidade Anhembi Morumbi campus Mooca e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, localizadas na cidade

de São Paulo, Brasil que responderam ao questionário e aceitaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 1).

3.6 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram acadêmicos menores de 18 anos e o preenchimento incompleto dos dados do questionário.

3.7 Variáveis do Estudo

As variáveis avaliadas no estudo foram identificação, dados demográficos, hábitos de vida, diagnóstico prévio de SII, ansiedade e depressão, uso de medicações (Anexo 1), bem como os critérios diagnósticos para SII baseado nos critérios de ROMA IV²¹, (Anexo 2), questionários validados para português do Brasil para diagnóstico de depressão e ansiedade, Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)^{47,48} e Questionário de Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (GAD-7)⁴⁹⁻⁵¹ (Anexo 3), respectivamente e questionário de qualidade de vida da SII (IBS-QOL)⁵²(Anexo 4).

O PHQ-9^{47,48} é um instrumento de autorrelato composto por nove itens que avaliam a frequência de sintomas depressivos nas últimas duas semanas, com pontuações variando de 0 a 3 (“nenhuma vez” a “quase diariamente”). Trata-se de uma ferramenta amplamente utilizada na prática clínica e em pesquisas científicas, com sensibilidade e especificidade de 88% para o diagnóstico de depressão. As pontuações de 5, 10, 15 e 20 indicam, respectivamente, níveis de depressão leve, moderada, moderadamente grave e grave⁵³. Neste estudo, optou-se por agrupar moderadamente grave e grave em um subgrupo comum denominado como grave.

O GAD-7⁴⁹⁻⁵¹, por sua vez, é uma escala de sete itens que avalia sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas, também utilizando pontuações de 0 a 3 por item. As pontuações de corte são 5, 10 e 15, correspondendo a ansiedade leve, moderada e grave, respectivamente. Apresenta sensibilidade de 89% e especificidade de 82% para o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada⁵⁴.

O questionário de qualidade de vida IBS-QOL (Anexo 5), assim como os critérios diagnósticos de Roma IV²¹, foi fornecido pela Fundação ROMA. Embora o

IBS-QOL ainda não tenha validação formal para a língua portuguesa do Brasil, trata-se de um instrumento com validação interna, padronização internacional e uso amplamente aceito em estudos multicêntricos, permitindo a comparabilidade dos resultados entre diferentes populações e contextos clínicos.

3.8 Obtenção de Dados

Os dados foram obtidos a partir da aplicação de questionário online via RedCap (fornecido pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo) contendo 66 perguntas. Eles foram enviados por e-mail institucional e mensagens de WhatsApp, durante o período de 2 meses (outubro e novembro de 2024) para os acadêmicos de medicina. Os alunos tiveram o prazo para preenchimento de 1 semana a partir da abertura do formulário.

3.9 Análise Estatística

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

As existências de associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas*, o teste exato de Fisher. Em se verificando diferenças nas distribuições, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para se identificar as diferenças locais – caselas com valores absolutos acima de 1,96 indicam evidências de associações (locais) entre as categorias relativas a essas caselas.

As comparações de médias entre dois grupos e três ou mais grupos foram realizadas utilizando-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis respectivamente, devido à ausência de normalidade na distribuição dos dados. Em se verificando diferença de médias no teste de Kruskal-Wallis, grupos distintos de médias foram identificados via comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni para se manter o nível de significância global.

* Mais de 20% das caselas de uma tabela de contingência com valores esperados inferiores a 5 casos.

Para se avaliar os efeitos das características dos alunos sobre o SII e IBS (geral, disforia e interferência de atividade), foram estimados os modelos logísticos e lineares, respectivamente. O modelo de regressão linear apresenta como um dos pressupostos a normalidade nos dados. Neste estudo, os testes de Kolmogorov-Smirnov apontaram a violação dessa suposição para as duas variáveis dependentes. No entanto, segundo Wooldridge⁵⁵, o teorema do limite central mostra que estimadores baseados no método de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) satisfazem a normalidade assintótica. Sendo assim, para amostras suficientemente grandes, eles aproximam-se da normalidade. Portanto, foi relaxado o pressuposto de normalidade, já que os coeficientes são consistentes e não-viesados assintoticamente, mesmo com tais problemas.

A associação linear entre duas variáveis de natureza numérica foi avaliada via correlação de Spearman devido à ausência de normalidade na distribuição dos dados.

A normalidade na distribuição dos dados foi verificada utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Devido ao grande número de variáveis preditoras frente ao tamanho da amostra, foram selecionadas para os modelos multivariados iniciais as variáveis preditoras cujas associações com a variável dependente foram significantes a 10% na análise univariada. Em seguida as variáveis não significantes a 5% foram excluídas uma a uma por ordem de significância (método *backward*). Teste de Wald *ad hoc* sob o modelo foram realizadas para se comparar os níveis de variáveis preditoras politômicas.

Para todos os testes estatísticos foram utilizados um nível de significância de 5%.

As análises foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico SPSS 20.0[†] e STATA 18[‡].

[†] IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.

[‡] StataCorp. 2023. Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC.

4 RESULTADOS

4.1 Casuística

Foram enviados 2.160 e-mails para os estudantes de medicina, dos quais 625 foram respondidos. Destes, 209 foram excluídos devido ao preenchimento incompleto do questionário, 71 por preenchimento duplicado e 25 pois os alunos apresentavam menos de 18 anos. Desta forma, foram avaliados 320 questionários (Fig. 5).

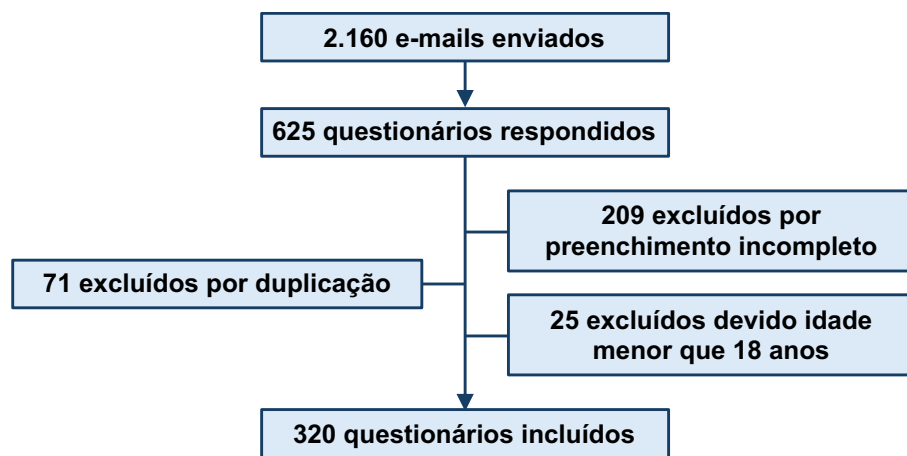


FIGURA 5. Fluxograma de alunos incluídos no estudo.

4.2 Características dos Alunos

Foram analisadas informações de 320 alunos, destes 275 (85,9%) eram da Universidade Anhembí Morumbi e 45 (14,1%) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

A média das idades foi de 24,5 anos (DP = 5,7 anos), sendo observado uma idade mínima de 18,0 anos e máxima de 56 anos. Um aluno não quis informar seu gênero, mas 222 (69,6%) eram do sexo feminino e 97 (30,4%) do sexo masculino.

Duzentos e cinquenta e sete (80,6%) dos alunos se identificava como branco, 36 (11,3%) pardo, 15 (4,7%) amarelo, 11 (3,4%) preto e 1 não respondeu. Metade (160) dos estudantes eram eutróficos, 30 (9,4%) apresentavam obesidade, 63 (19,7%) sobrepeso e 67 (20,9%) baixo peso.

Com relação ao ano da graduação, 91 (28,4%) alunos estavam no 1º ou 2º ano, 116 (36,3%) estavam no 3º ou 4º ano e 113 (35,3%) estavam no 5º ou 6º ano. A frequência da dor abdominal nos últimos 3 meses não sofreu influência do ano da

graduação conforme demonstrado na Tab. 1. De acordo com ela, verificou-se apenas diferenças de médias de idade por ano de graduação ($p < 0,001$) – a média das idades do grupo de alunos do 1º e 2º ano foi inferior aos dos demais grupos de anos de graduação, similares entre si.

As medias-resumo das características se encontram no (Anexo 6).

TABELA 1. Características dos alunos por ano de graduação.

Variáveis	Total	Ano de graduação			p
		1º a 2º ano	3º a 4º ano	5º a 6º ano	
Sexo, n (%)					0,899 ^a
Feminino	222/319 (69,6)	64/90 (71,1)	81/116 (69,8)	77/113 (68,1)	
Masculino	97/319 (30,4)	26/90 (28,9)	35/116 (30,2)	36/113 (31,9)	
Idade (anos)					<0,001 ^c
N Média ± DP	320 24,5 ± 5,7	91 21,2 ± 4,2 [§]	116 26,0 ± 6,7 [‡]	113 25,7 ± 4,5 [‡]	
Mediana (IIQ)	23,0 (21,0 a 26,0)	20,0 (19,0 a 22,0)	23,0 (21,3 a 28,0)	25,0 (23,0 a 26,0)	
Cor, n (%)					0,087 ^b
Branco	257/319 (80,6)	78/91 (85,7)	94/115 (81,7)	85/113 (75,2)	
Pardo	36/319 (11,3)	4/91 (4,4)	16/115 (13,9)	16/113 (14,2)	
Preto	11/319 (3,4)	3/91 (3,3)	2/115 (1,7)	6/113 (5,3)	
Amarelo	15/319 (4,7)	6/91 (6,6)	3/115 (2,6)	6/113 (5,3)	
Instituição em que está matriculado, n (%)					0,140 ^a
FCMSCSP	45/320 (14,1)	13/91 (14,3)	11/116 (9,5)	21/113 (18,6)	
UAM	275/320 (85,9)	78/91 (85,7)	105/116 (90,5)	92/113 (81,4)	
IMC, n (%)					0,612 ^a
Baixo peso	67/320 (20,9)	19/91 (20,9)	25/116 (21,6)	23/113 (20,4)	
Eutrofia	160/320 (50,0)	40/91 (44,0)	58/116 (50,0)	62/113 (54,9)	
Sobrepeso	63/320 (19,7)	22/91 (24,2)	20/116 (17,2)	21/113 (18,6)	
Obesidade	30/320 (9,4)	10/91 (11,0)	13/116 (11,2)	7/113 (6,2)	
Frequência de dor abdominal em qualquer parte do seu abdome nos últimos três meses					0,174 ^b
Nunca	89/320 (27,8)	30/91 (33,0)	35/116 (30,2)	24/113 (21,2)	
Menos de um dia por mês	58/320 (18,1)	19/91 (20,9)	20/116 (17,2)	19/113 (16,8)	
Um dia por mês	38/320 (11,9)	12/91 (13,2)	13/116 (11,2)	13/113 (11,5)	
Dois a três dias por mês	68/320 (21,3)	15/91 (16,5)	32/116 (27,6)	21/113 (18,6)	
Uma vez por semana	26/320 (8,1)	5/91 (5,5)	6/116 (5,2)	15/113 (13,3)	
Dois a três dias por semana	28/320 (8,8)	8/91 (8,8)	7/116 (6,0)	13/113 (11,5)	
A maioria dos dias	8/320 (2,5)	1/91 (1,1)	3/116 (2,6)	4/113 (3,5)	
Todos os dias	4/320 (1,3)	1/91 (1,1)	0/116 (0,0)	3/113 (2,7)	
Várias vezes por dia ou constantemente	1/320 (0,3)	0/91 (0,0)	0/116 (0,0)	1/113 (0,9)	

A soma das porcentagens dos níveis de uma variável pode não totalizar 100% devido a arredondamentos.

p- nível descritivo do teste de Qui-Quadrado^(a), Exato de Fisher^(b) e de Kruskal-Wallis^(c)

§ e ‡ apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

4.3 Caracterização dos Alunos com SII

No que diz respeito ao diagnóstico de SII pelos critérios de Roma IV, neste estudo, observou-se que 11,3% (36/320; IC95%: 8,0% a 15,2%) dos alunos apresentaram SII.

De acordo com a Tab. 2, verificaram-se distribuições distintas de sexo ($p = 0,008$), raça ($p = 0,008$) com maior frequência em amarelos, medicação de uso contínuo ($p < 0,001$), falta nas atividades na faculdade por conta de dor abdominal ou desconforto abdominal ($p = 0,018$), frequência mensal de faltas nas atividades por conta de dor abdominal ($p = 0,014$), piora dos sintomas abdominais próximos de provas ou após situações de stress ($p < 0,001$) e frequência de dor abdominal em qualquer parte do seu abdome nos últimos três meses ($p < 0,001$).

Desta forma, observou-se no grupo com SII, porcentagens maiores de mulheres (88,9% *versus* 67,1%), alunos de cor amarela (13,9% *versus* 3,5%), de uso de medicação de uso contínuo (75,0% *versus* 38,4%), de falta nas atividades na faculdade por conta de dor abdominal ou desconforto abdominal (52,8% *versus* 32,7%), de três faltas mensais nas atividades por conta de dor abdominal (8,3% *versus* 1,4%), de piora dos sintomas abdominais próximos de provas ou após situações de stress (97,2% *versus* 50,4%) e frequência de 1 vez (33,3% *versus* 4,9%) e 2 a 3 vezes (66,7% *versus* 1,4%) por semana de dor abdominal em qualquer parte do seu abdome nos últimos três meses comparativamente ao grupo sem SII. Esse grupo, por sua vez, apresentou porcentagem maior de até 2 a 3 dias por mês de dor abdominal em qualquer parte do seu abdome nos últimos três meses.

A avaliação da normalidade das variáveis analisadas nos estudantes com SII, realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, encontra-se descrita no Anexo 7.

TABELA 2. Características demográficas e clínicas por SII pelos critérios de Roma IV²¹.

Variáveis	Total	SII		p
		Não	Sim	
Sexo, n (%)				0,008^a
Feminino	222/319 (69,6)	190/283 (67,1)	32/36 (88,9)	
Masculino	97/319 (30,4)	93/283 (32,9)	4/36 (11,1)	
Idade (anos)				0,449^c
N Média ± DP	320 24,5 ± 5,7	284 24,5 ± 5,8	36 24,7 ± 5,3	
Mediana (IIQ)	23,0 (21,0 a 26,0)	23,0 (21,0 a 26,0)	24,0 (21,3 a 26,0)	
Raça, n (%)				0,008^a
Branco	257/319 (80,6)	228/283 (80,6)	29/36 (80,6)	
Pardo/Preto	47/319 (14,7)	45/283 (15,9)	2/36 (5,6)	
Amarelo	15/319 (4,7)	10/283 (3,5)	5/36 (13,9)	
Ano da graduação, n (%)				0,131^a
1º a 2º ano	91/320 (28,4)	82/284 (28,9)	9/36 (25,0)	
3º a 4º ano	116/320 (36,3)	107/284 (37,7)	9/36 (25,0)	
5º a 6º ano	113/320 (35,3)	95/284 (33,5)	18/36 (50,0)	
Ano de graduação - agregado, n (%)				0,050^a
1º a 4º ano	207/320 (64,7)	189/284 (66,5)	18/36 (50,0)	
5º e 6º ano	113/320 (35,3)	95/284 (33,5)	18/36 (50,0)	
IMC				0,225^a
Baixo peso	67/320 (20,9)	55/284 (19,4)	12/36 (33,3)	
Eutrofia	160/320 (50,0)	145/284 (51,1)	15/36 (41,7)	
Sobrepeso	63/320 (19,7)	58/284 (20,4)	5/36 (13,9)	
Obesidade	30/320 (9,4)	26/284 (9,2)	4/36 (11,1)	
Prática de atividade física				0,963^a
Não	79/320 (24,7)	70/284 (24,6)	9/36 (25,0)	
Sim	241/320 (75,3)	214/284 (75,4)	27/36 (75,0)	
Tabagismo				0,943^a
Não	268/320 (83,8)	238/284 (83,8)	30/36 (83,3)	
Sim	52/320 (16,3)	46/284 (16,2)	6/36 (16,7)	

continua

continuação				
Variáveis	Total	SII		p
		Não	Sim	
Álcool				0,190 ^a
Não	145/320 (45,3)	125/284 (44,0)	20/36 (55,6)	
Sim	175/320 (54,7)	159/284 (56,0)	16/36 (44,4)	
Medicação de uso contínuo				<0,001 ^a
Não	184/320 (57,5)	175/284 (61,6)	9/36 (25,0)	
Sim	136/320 (42,5)	109/284 (38,4)	27/36 (75,0)	
Tipo de medicação¹, n (%)				0,174 ^b
Ansiolítico	15/136 (11,0)	12/109 (11,0)	3/27 (11,1)	
Anticonvulsivante	5/136 (3,7)	2/109 (1,8)	3/27 (11,1)	
Antidepressivo	49/136 (36,0)	41/109 (37,6)	8/27 (29,6)	
Outros	67/136 (49,3)	54/109 (49,5)	13/27 (48,1)	
Falta nas atividades na faculdade por conta de dor abdominal ou desconforto abdominal, n (%)				0,018 ^a
Não	208/320 (65,0)	191/284 (67,3)	17/36 (47,2)	
Sim	112/320 (35,0)	93/284 (32,7)	19/36 (52,8)	
Frequência mensal de faltas nas atividades por conta de dor abdominal, n (%)				0,014 ^b
0	262/320 (81,9)	238/284 (83,8)	24/36 (66,7)	
1	44/320 (13,8)	37/284 (13,0)	7/36 (19,4)	
2	7/320 (2,2)	5/284 (1,8)	2/36 (5,6)	
3	7/320 (2,2)	4/284 (1,4)	3/36 (8,3)	
Piora dos sintomas abdominais próximos de provas ou após situações de stress, n (%)				<0,001 ^a
Não	142/320 (44,4)	141/284 (49,6)	1/36 (2,8)	
Sim	178/320 (55,6)	143/284 (50,4)	35/36 (97,2)	
continua				

continuação

Variáveis	Total	SII	p
Frequência de dor abdominal em qualquer parte do seu abdome nos últimos três meses, n (%)			<0,001^b
Nunca	89/320 (27,8)	89/284 (31,3)	0/36 (0,0)
Menos de 1 dia por mês	58/320 (18,1)	58/284 (20,4)	0/36 (0,0)
1 dia por mês	38/320 (11,9)	38/284 (13,4)	0/36 (0,0)
2 a 3 dias por mês	68/320 (21,3)	68/284 (23,9)	0/36 (0,0)
1 vez por semana	26/320 (8,1)	14/284 (4,9)	12/36 (33,3)
2 a 3 dias por semana	28/320 (8,8)	4/284 (1,4)	24/36 (66,7)
A maioria dos dias	8/320 (2,5)	8/284 (2,8)	0/36 (0,0)
Todos os dias	4/320 (1,3)	4/284 (1,4)	0/36 (0,0)
Várias vezes por dia ou constantemente	1/320 (0,3)	1/284 (0,4)	0/36 (0,0)
Depressão, n (%)			0,171 ^a
Sem depressão	87/320 (27,2)	82/284 (28,9)	5/36 (13,9)
Leve	82/320 (25,6)	73/284 (25,7)	9/36 (25,0)
Moderado	114/320 (35,6)	96/284 (33,8)	18/36 (50,0)
Grave	37/320 (11,6)	33/284 (11,6)	4/36 (11,1)
Ansiedade, n (%)			0,569 ^a
Sem ansiedade	138/320 (43,1)	126/284 (44,4)	12/36 (33,3)
Leve	109/320 (34,1)	96/284 (33,8)	13/36 (36,1)
Moderado	53/320 (16,6)	45/284 (15,8)	8/36 (22,2)
Grave	20/320 (6,3)	17/284 (6,0)	3/36 (8,3)

¹Somente para aqueles com uso de medicação contínua.

A soma das porcentagens dos níveis de uma variável pode não totalizar 100% devido a arredondamentos.

p- nível descritivo do teste de Qui-Quadrado^(a), Exato de Fisher^(b) e de Kruskal-Wallis^(c).

4.5 Avaliação da SII e Impacto nas Atividades

A dor abdominal esteve presente em 230 alunos, entretanto apenas 36 fecharam critérios diagnósticos para SII pelos critérios de Roma IV²¹ (Fig. 6).

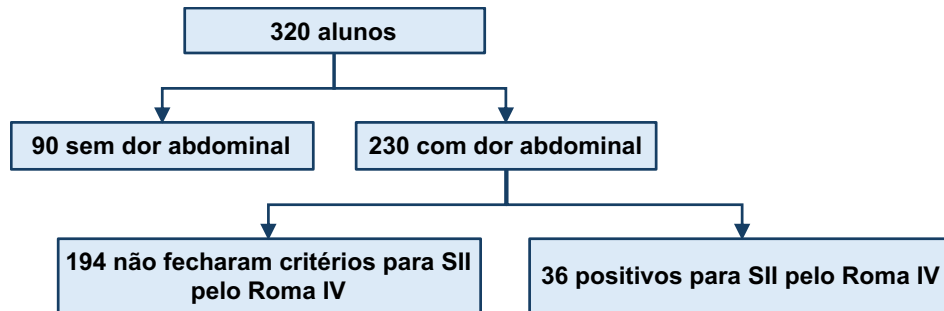


FIGURA 6. Fluxograma de alunos com dor abdominal.

Conforme Tab. 3, comparando alunos sem SII e com SII pelos critérios de Roma IV²¹, verificaram-se diferenças das médias de nota média nos últimos seis meses (0,044). Ao avaliar os dados do questionário de qualidade de vida comparando estudantes com dor abdominal *versus* estudantes com dor abdominal e SII, verificaram-se diferenças no IBS-geral ($p < 0,001$), Disforia ($p < 0,001$), Interferência de atividade ($p < 0,001$), Imagem corporal ($p < 0,001$), Preocupação com a saúde ($p < 0,001$), Evitar alimentos ($p < 0,001$), Reação social ($p < 0,001$) e Sexual ($p < 0,001$). Para todas essas variáveis, a média no grupo com SII foi superior ao do grupo sem essa condição.

TABELA 3. Medidas-resumo das notas e IBS-geral e domínios por SII.

Variáveis	Total	SII		p
		Não	Sim	
Maior nota nos últimos 6 meses				0,508
N Média ± DP	320 9,3 ± 0,8	284 9,3 ± 0,8	36 9,4 ± 0,8	
Mediana (IIQ)	9,5 (9,0 a 10,0)	9,5 (9,0 a 10,0)	9,8 (9,0 a 10,0)	
Menor nota nos últimos 6 meses				0,186
N Média ± DP	319 6,0 ± 1,5	283 6,0 ± 1,5	36 6,2 ± 1,9	
Mediana (IIQ)	6,0 (5,0 a 7,0)	6,0 (5,0 a 7,0)	6,9 (5,0 a 7,5)	
Média das notas nos últimos 6 meses				0,044
N Média ± DP	318 8,0 ± 0,8	282 8,0 ± 0,8	36 8,2 ± 0,8	
Mediana (IIQ)	8,0 (7,5 a 8,5)	8,0 (7,5 a 8,5)	8,5 (7,6 a 9,0)	
IBS¹				
Geral				<0,001
N Média ± DP	230 10,40 ± 14,57	194 7,99 ± 11,92	36 23,39 ± 19,99	
Mediana (IIQ)	4,71 (0,74 a 13,97)	3,68 (0,74 a 11,21)	14,85 (8,46 a 37,48)	
Disforia				<0,001
N Média ± DP	231 7,99 ± 14,15	195 5,85 ± 11,30	36 19,53 ± 21,13	
Mediana (IIQ)	0,00 (0,00 a 9,38)	0,00 (0,00 a 6,25)	12,50 (3,13 a 28,09)	
Interferência de atividade				<0,001
N Média ± DP	231 9,24 ± 15,97	195 6,84 ± 13,16	36 22,25 ± 22,58	
Mediana (IIQ)	3,57 (0,00 a 10,71)	0,00 (0,00 a 7,14)	11,00 (4,79 a 39,29)	
Imagem corporal				<0,001
N Média ± DP	231 14,81 ± 19,73	195 12,10 ± 17,57	36 29,49 ± 24,18	
Mediana (IIQ)	6,25 (0,00 a 18,75)	6,25 (0,00 a 18,75)	25,00 (12,50 a 48,44)	
Preocupação com a saúde				<0,001
N Média ± DP	230 18,30 ± 23,22	194 14,78 ± 20,62	36 37,26 ± 27,30	
Mediana (IIQ)	8,33 (0,00 a 25,00)	8,33 (0,00 a 19,00)	33,17 (16,67 a 56,25)	

continua

					conclusão
Variáveis	Total	SII		p	
		Não	Sim		
Evitar alimentos				<0,001	
N Média ± DP	231 14,93 ± 21,24	195 12,18 ± 18,96	36 29,85 ± 26,48		
Mediana (IIQ)	8,00 (0,00 a 25,00)	0,00 (0,00 a 16,67)	21,00 (8,08 a 50,00)		
Reação social				<0,001	
N Média ± DP	231 8,38 ± 16,56	195 5,60 ± 12,16	36 23,40 ± 26,60		
Mediana (IIQ)	0,00 (0,00 a 6,25)	0,00 (0,00 a 6,25)	12,25 (0,00 a 43,75)		
Sexual				<0,001	
N Média ± DP	231 7,40 ± 16,71	195 5,31 ± 13,59	36 18,72 ± 25,60		
Mediana (IIQ)	0,00 (0,00 a 12,00)	0,00 (0,00 a 0,00)	0,00 (0,00 a 25,00)		
Relacionamento				0,124	
N Média ± DP	231 5,41 ± 12,25	195 4,40 ± 10,21	36 10,89 ± 19,30		
Mediana (IIQ)	0,00 (0,00 a 8,33)	0,00 (0,00 a 8,33)	0,00 (0,00 a 16,92)		

p - nível descritivo do teste de Mann-Whitney.

¹O grupo sem SII compreende os alunos com dor abdominal.

A seguir foram ajustados modelos de regressões logísticas. Nesses modelos, os coeficientes exponenciados são interpretados razão de chances. Neste estudo, a chance consiste no quociente entre a probabilidade de um aluno apresentar SII e a probabilidade de não apresentar tal condição. Nas análises a seguir, os anos de graduação foram agregados em apenas dois níveis para facilitar a interpretação dos resultados e a categoria preto foi agregada à dos pardos devido aos dados esparsos[§].

De acordo com a Tab. 4, foram selecionadas para o modelo multivariado inicial, as variáveis sexo, raça, ano de graduação e medicação de uso contínuo (significantes a 10% nos modelos univariados). Dessa forma, permaneceram significantes no modelo final, o sexo ($p = 0,035$), raça ($p = 0,010$) e medicação de uso contínuo ($p = 0,001$). Dessa forma, ajustado pelas demais variáveis do modelo, verificou-se que a chance de SII em mulheres foi de 3,3 vezes a dos homens e que a chance de SII dos alunos de cor amarela foi 6,6 vezes a dos alunos de cor branca, não se verificando diferenças de chance entre pardos/pretos e brancos. Além disso, os alunos com medicação de uso contínuo têm chance de SII 4,4 vezes a dos alunos sem essa condição.

[§] O grupo de alunos de cor preta não apresentou casos de SII, não permitindo a estimação.

TABELA 4. Resultados dos modelos de regressões logísticas univariadas e multivariadas para SII.

Variáveis	Modelo univariado		Modelo multivariado inicial		Modelo multivariado final	
	RC bruto (IC95%)	p	RC ajustado (IC95%)	p	RC ajustado (IC95%)	p
Sexo feminino (ref. Masculino)	3,92 (1,35 a 11,40)	0,012	3,34 (1,10 a 10,11)	0,033	3,31 (1,09 a 10,06)	0,035
Idade (anos)	1,01 (0,95 a 1,07)	0,855	-	-	-	-
Cor (ref. Branco)		0,017		0,015		0,010
Pardo/Preto	0,35 (0,08 a 1,52)	0,160	0,41 (0,09 a 1,84)	0,243	0,46 (0,10 a 2,06)	0,309
Amarelo	3,93 (1,26 a 12,30)	0,019	6,04 (1,50 a 24,34)	0,011	6,63 (1,74 a 25,32)	0,006
Ano da graduação - 5o ou 6o ano (ref. 1º ao 4º ano)	1,99 (0,99 a 4,00)	0,054	1,95 (0,92 a 4,14)	0,083	-	-
IMC (ref. Eutrofia)		0,240		-		-
Baixo peso	2,11 (0,93 a 4,79)	0,075	-	-	-	-
Sobrepeso	0,83 (0,29 a 2,40)	0,735	-	-	-	-
Obesidade	1,49 (0,46 a 4,84)	0,509	-	-	-	-
Prática de atividade física	0,98 (0,44 a 2,19)	0,963	-	-	-	-
Tabagismo	1,03 (0,41 a 2,63)	0,943	-	-	-	-
Álcool	0,63 (0,31 a 1,26)	0,193	-	-	-	-
Medicação de uso contínuo	4,82 (2,18 a 10,63)	<0,001	4,25 (1,85 a 9,77)	0,001	4,42 (1,93 a 10,16)	0,001
Ansiedade (ref. Sem ansiedade)		0,576		-		-
Leve	1,42 (0,62 a 3,26)	0,405	-	-	-	-
Moderado	1,87 (0,72 a 4,86)	0,201	-	-	-	-
Grave	1,85 (0,47 a 7,24)	0,375	-	-	-	-
Depressão (ref. Sem depressão)		0,194		-		-
Leve	2,02 (0,65 a 6,31)	0,225	-	-	-	-
Moderado	3,07 (1,09 a 8,65)	0,033	-	-	-	-
Grave	1,99 (0,50 a 7,87)	0,328	-	-	-	-

Modelo final - N = 318. Teste de Hosmer e Lemeshow (p = 0,500).

4.5.1 Efeito da SII na Categoria IBS-Geral

De acordo com a Tab. 5, ao avaliar o domínio IBS-geral do questionário de qualidade de vida, verificaram-se diferenças de médias de IBS-geral por SII ($p < 0,001$), ansiedade ($p = 0,014$) e depressão ($p < 0,001$). Dessa forma, observou-se que a média de IBS-geral foi superior no grupo de alunos com SII comparativamente ao grupo com dor abdominal. Além disso, verificou-se que a média do grupo com ansiedade grave foi superior ao do grupo sem ansiedade, não se verificando diferenças de médias dos alunos com ansiedade leve e moderada e demais grupos. Adicionalmente, a média de IBS-geral do grupo sem depressão foi inferior aos dos demais grupos com algum nível de depressão, similares entre si.

A correlação entre a idade e o escore de IBS-geral mostrou-se positiva e fraca ($r = 0,255$; $p < 0,001$).

TABELA 5. Medidas-resumo do escore de IBS-geral por características dos alunos.

Variáveis	Média ± DP	N	p
SII			<0,001^a
Não	8,0 ± 11,9	194	
Sim	23,4 ± 20,0	36	
Sexo			0,261 ^a
Feminino	11,2 ± 15,5	178	
Masculino	7,9 ± 10,7	51	
Raça			0,384 ^b
Branco	10,3 ± 15,1	185	
Pardo	9,9 ± 11,4	26	
Preto	7,5 ± 9,2	7	
Amarelo	14,4 ± 15,4	12	
IMC			0,351 ^b
Baixo peso	12,0 ± 12,6	47	
Eutrofia	8,9 ± 13,9	123	
Sobrepeso	12,0 ± 16,4	39	
Obesidade	12,4 ± 18,6	21	
Ano de graduação - agregado			0,140 ^a
1º ou 4º ano	9,7 ± 14,0	142	
5º ou 6º ano	11,5 ± 15,5	88	
Prática de atividade física			0,144 ^a
Não	10,5 ± 11,8	63	
Sim	10,4 ± 15,5	167	
Tabagismo			0,153 ^a
Não	10,0 ± 14,7	193	
Sim	12,3 ± 13,6	37	
Álcool			0,977 ^a
Não	10,4 ± 15,1	99	
Sim	10,4 ± 14,2	131	
Medicação de uso contínuo			0,073 ^a
Não	7,8 ± 10,1	118	
Sim	13,1 ± 17,8	112	
Ansiedade			0,014^b
Sem ansiedade	7,5 ± 11,7 [§]	82	
Leve	10,6 ± 14,4	83	
Moderado	12,2 ± 16,2	48	
Grave	18,0 ± 19,8 [‡]	17	
Depressão			<0,001^b
Sem depressão	3,6 ± 5,7 [§]	37	
Leve	8,9 ± 13,3 [‡]	63	
Moderado	13,0 ± 16,6 [‡]	96	
Grave	13,2 ± 15,2 [‡]	34	

p – nível descritivo do teste de Mann-Whitney^(a) e de Kruskal-Wallis^(b).

§ e ‡ apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

A Tab. 6 apresenta os resultados dos modelos de regressões lineares univariadas e multivariadas. Dessa forma, foram selecionadas como variáveis preditoras do modelo multivariado inicial o SII, idade, medicação de uso contínuo, ansiedade e depressão (significantes a 10% nos modelos univariados), sendo que permaneceram significantes no modelo multivariado final, SII ($p < 0,001$), sexo ($p = 0,016$) e depressão ($p = 0,002$). Assim, observou-se que os alunos com SII têm, em média, 14,97 pontos a mais do que aqueles com somente dor abdominal, ajustadas pelas demais variáveis preditoras do modelo. Além disso, o aumento de 1 ano na idade acarreta um aumento de 0,40 pontos, em média, no escore de IBS-geral. Adicionalmente, verificou-se que os alunos com depressão moderada e grave têm maiores escores de IBS-geral (respectivamente 8,56 e 10,02 pontos a mais, em média) similares entre si ($p = 0,574^{**}$) e maiores do que dos alunos sem depressão. Entretanto, não se verificou diferenças de médias dos escores entre alunos sem depressão e com depressão leve ($p = 0,060$) e do grupo com depressão leve e moderada ou grave ($p = 0,137^{\dagger\dagger}$).

^{**} Teste de Wald *ad hoc* sob modelo multivariado final.

^{††} Teste de Wald *ad hoc* sob modelo multivariado final.

TABELA 6. Resultados dos modelos de regressões lineares univariados e multivariados para IBS-geral.

Variáveis	Modelo univariado		Modelo multivariado inicial		Modelo multivariado final	
	Coefficiente bruto (IC95%)	p	Coefficiente ajustado (IC95%)	p	Coefficiente ajustado (IC95%)	p
SII (ref. Não)	15,40 (10,58 a 20,21)	<0,001	14,43 (9,63 a 19,23)	<0,001	14,97 (10,30 a 19,63)	<0,001
Sexo feminino (ref. Masculino)	3,28 (-1,27 a 7,84)	0,157	-	-	-	-
Idade (anos)	0,43 (0,07 a 0,78)	0,019	0,43 (0,10 a 0,75)	0,010	0,40 (0,07 a 0,72)	0,016
Cor (ref. Branco)		0,749		-		-
Pardo	-0,40 (-6,43 a 5,64)	0,897	-	-	-	-
Preto	-2,82 (-13,91 a 8,28)	0,617	-	-	-	-
Amarelo	4,10 (-4,48 a 12,69)	0,347	-	-	-	-
IMC (ref. Eutrofia)		0,447		-		-
Baixo peso	3,09 (-1,83 a 8,02)	0,217	-	-	-	-
Sobrepeso	3,01 (-2,27 a 8,29)	0,262	-	-	-	-
Obesidade	3,49 (-3,29 a 10,27)	0,312	-	-	-	-
Ano da graduação - 5º ou 6º ano (ref. 1º ao 4º ano)	1,72 (-2,17 a 5,62)	0,385	-	-	-	-
Prática de atividade física	-0,14 (-4,39 a 4,11)	0,948	-	-	-	-
Tabagismo	2,31 (-2,84 a 7,47)	0,377	-	-	-	-
Álcool	0,00 (-3,83 a 3,83)	0,999	-	-	-	-
Medicação de uso contínuo	5,29 (1,56 a 9,02)	0,006	1,25 (-2,34 a 4,84)	0,493	-	-
Ansiedade (ref. Sem ansiedade)		0,036		0,318		-
Leve	3,11 (-1,30 a 7,53)	0,166	1,69 (-2,55 a 5,92)	0,433	-	-
Moderado	4,67 (-0,48 a 9,82)	0,075	1,96 (-3,44 a 7,37)	0,475	-	-
Grave	10,42 (2,87 a 17,98)	0,007	7,62 (-0,40 a 15,64)	0,062	-	-
Depressão (ref. Sem depressão)		0,004		0,098		0,002
Leve	5,33 (-0,48 a 11,13)	0,072	4,65 (-0,72 a 10,02)	0,089	5,10 (-0,21 a 10,41)	0,060
Moderado	9,44 (4,01 a 14,87)	0,001	7,02 (1,54 a 12,50)	0,012	8,56 (3,59 a 13,53)	0,001
Grave	9,67 (3,01 a 16,34)	0,005	6,40 (-0,87 a 13,68)	0,084	10,02 (3,93 a 16,11)	0,001

Modelo final - N = 230. Teste de Kolmogorov-Smirnov (p < 0,001).

4.5.2 Efeito da SII na Categoria IBS-Disforia

De acordo com a Tab. 7, verificaram-se diferenças de médias de IBS-disforia por SII ($p < 0,001$), ansiedade ($p = 0,008$) e depressão ($p = 0,004$). Dessa forma, observou-se que a média de IBS-disforia foi superior no grupo de alunos com SII comparativamente ao grupo com dor abdominal. Além disso, verificou-se que a média do grupo com ansiedade grave foi superior ao do grupo sem ansiedade, não se verificando diferenças de médias dos alunos com ansiedade leve e moderada e demais grupos. Adicionalmente, a média de IBS-disforia do grupo sem depressão foi inferior aos dos alunos com depressão moderada e grave, similares entre si, não se verificando diferenças de média do grupo com depressão leve e demais grupos.

A correlação entre a idade e o escore de IBS-disforia mostrou-se positiva e fraca ($r = 0,134$; $p = 0,042$), indicando que quanto maior a idade, maior o escore de IBS-disforia.

TABELA 7. Medidas-resumo do escore de IBS-disforia por características dos alunos.

Variáveis	Média ± DP	N	p
SII			<0,001^a
Não	5,9 ± 11,3	195	
Sim	19,5 ± 21,1	36	
Sexo			0,518^a
Feminino	8,6 ± 15,1	179	
Masculino	5,9 ± 10,2	51	
Raça			0,246^b
Branco	8,0 ± 14,7	186	
Pardo	6,7 ± 9,5	26	
Preto	3,6 ± 6,4	7	
Amarelo	13,1 ± 16,3	12	
IMC			0,082^b
Baixo peso	10,5 ± 12,7	47	
Eutrofia	6,7 ± 14,5	124	
Sobrepeso	8,6 ± 13,3	39	
Obesidade	8,8 ± 16,8	21	
Ano de graduação - agregado			0,479^a
1º ou 4º ano	7,1 ± 12,7	142	
5º ou 6º ano	9,3 ± 16,1	89	
Atividade Física			0,606^a
Não	6,8 ± 10,2	63	
Sim	8,4 ± 15,4	168	
Tabagismo			0,296^a
Não	7,7 ± 14,1	194	
Sim	9,5 ± 14,4	37	
Álcool			0,538^a
Não	8,0 ± 15,7	100	
Sim	8,0 ± 12,9	131	
Medicação de uso contínuo			0,093^a
Não	5,8 ± 10,4	119	
Sim	10,3 ± 17,0	112	
Ansiedade			0,008^b
Sem ansiedade	5,4 ± 10,6 [§]	83	
Leve	8,0 ± 15,0	83	
Moderado	9,8 ± 15,6	48	
Grave	15,3 ± 18,4 [‡]	17	
Depressão			0,004^b
Sem depressão	2,5 ± 5,4 [§]	38	
Leve	6,8 ± 14,2	63	
Moderado	10,0 ± 15,4 [‡]	96	
Grave	10,8 ± 15,6 [‡]	34	

p – nível descritivo do teste de Mann-Whitney^(a) e de Kruskal-Wallis^(b).

§ e ‡ apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

Conforme Tab. 8, foram selecionadas como variáveis preditoras do modelo multivariado inicial o SII, medicação de uso contínuo, ansiedade e depressão (significantes a 10% nos modelos univariados), sendo que permaneceram significantes no modelo multivariado final, SII ($p < 0,001$) e depressão ($p = 0,021$). Assim, observou-se que os alunos com SII têm, em média, 13,48 pontos a mais do que os alunos com dor abdominal, ajustadas pelas demais variáveis preditoras do modelo. Além disso, verificou-se que os alunos com depressão moderada e grave têm maiores escores de IBS-disforia (respectivamente 6,76 e 8,55 pontos a mais, em média), similares entre si ($p = 0,493^{++}$) e superiores ao dos alunos sem depressão. Entretanto, não se verificou diferenças de médias dos escores entre alunos sem depressão e com depressão leve ($p = 0,121$) e do grupo com depressão leve e moderada ou grave ($p = 0,252^{§§}$).

⁺⁺ Teste de Wald *ad hoc* sob modelo multivariado final.

^{§§} Teste de Wald *ad hoc* sob modelo multivariado final.

TABELA 8. Resultados dos modelos de regressões lineares univariados e multivariados para IBS-disforia.

Variáveis	Modelo univariado		Modelo multivariado inicial		Modelo multivariado final	
	Coeficiente bruto (IC95%)	p	Coeficiente ajustado (IC95%)	p	Coeficiente ajustado (IC95%)	p
SII (ref. Não)	13,68 (8,93 a 18,42)	<0,001	13,01 (8,17 a 17,84)	<0,001	13,48 (8,79 a 18,17)	<0,001
Sexo feminino (ref. Masculino)	2,76 (-1,67 a 7,19)	0,221	-	-	-	-
Idade (anos)	0,27 (-0,08 a 0,62)	0,130	-	-	-	-
Cor (ref. Branco)		0,492		-		-
Pardo	-1,27 (-7,12 a 4,57)	0,668	-	-	-	-
Preto	-4,43 (-15,18 a 6,32)	0,418	-	-	-	-
Amarelo	5,05 (-3,27 a 13,37)	0,233	-	-	-	-
IMC (ref. Eutrofia)		0,466		-		-
Baixo peso	3,74 (-1,04 a 8,52)	0,124	-	-	-	-
Sobrepeso	1,85 (-3,28 a 6,97)	0,478	-	-	-	-
Obesidade	2,05 (-4,53 a 8,64)	0,539	-	-	-	-
Ano da graduação - 5º ou 6º ano (ref. 1º ao 4º ano)	2,20 (-1,57 a 5,96)	0,252	-	-	-	-
Prática de atividade física	1,65 (-2,47 a 5,77)	0,431	-	-	-	-
Tabagismo	1,84 (-3,17 a 6,85)	0,470	-	-	-	-
Álcool	0,06 (-3,65 a 3,77)	0,974	-	-	-	-
Medicação de uso contínuo	4,57 (0,94 a 8,20)	0,014	1,10 (-2,51 a 4,71)	0,550	-	-
Ansiedade (ref. Sem ansiedade)		0,042		0,423		-
Leve	2,66 (-1,62 a 6,94)	0,221	1,14 (-3,10 a 5,38)	0,597	-	-
Moderado	4,46 (-0,54 a 9,46)	0,080	1,90 (-3,52 a 7,32)	0,490	-	-
Grave	9,88 (2,54 a 17,22)	0,009	6,83 (-1,20 a 14,86)	0,095	-	-
Depressão (ref. Sem depressão)		0,022		0,286		0,021
Leve	4,33 (-1,31 a 9,98)	0,132	3,81 (-1,56 a 9,18)	0,163	4,18 (-1,11 a 9,48)	0,121
Moderado	7,51 (2,24 a 12,78)	0,005	5,38 (-0,10 a 10,87)	0,054	6,76 (1,81 a 11,71)	0,008
Grave	8,37 (1,88 a 14,85)	0,012	5,24 (-2,07 a 12,54)	0,159	8,55 (2,47 a 14,64)	0,006

Modelo final - N = 231. Teste de Kolmogorov-Smirnov (p < 0,001).

4.5.3 Efeito da SII na Categoria IBS-Interferência de Atividades

De acordo com a Tab. 9, verificaram-se diferenças de médias de IBS-interferência de atividade por SII ($p < 0,001$), ansiedade ($p = 0,030$) e depressão ($p = 0,008$). Dessa forma, observou-se que a média de IBS-interferência de atividade foi superior no grupo de alunos com SII comparativamente ao grupo com dor abdominal. Além disso, verificou-se que a média do grupo com ansiedade grave e moderada foram similares e superiores ao do grupo sem ansiedade, não se verificando diferenças de médias dos alunos com ansiedade leve e demais grupos. Adicionalmente, a média de IBS-interferência de atividade do grupo sem depressão foi inferior aos dos alunos com depressão moderada, não se verificando diferenças de média do grupo com depressão leve e grave demais grupos.

A correlação entre a idade e o escore de IBS-interferência de atividade mostrou-se positiva e fraca ($r = 0,230$; $p < 0,001$).

TABELA 9. Medidas-resumo do escore de IBS-interferência de atividade por características dos alunos.

Variáveis	Média ± DP	N	p
SII			<0,001^a
Não	6,8 ± 13,2	195	
Sim	22,2 ± 22,6	36	
Sexo			0,563 ^a
Feminino	9,6 ± 16,8	179	
Masculino	8,2 ± 12,8	51	
Raça			0,673 ^b
Branco	9,1 ± 16,3	186	
Pardo	8,7 ± 12,6	26	
Preto	8,7 ± 13,0	7	
Amarelo	13,1 ± 20,2	12	
IMC			0,159 ^b
Baixo peso	11,1 ± 13,8	47	
Eutrofia	7,8 ± 15,5	124	
Sobrepeso	10,8 ± 17,4	39	
Obesidade	10,9 ± 20,2	21	
Ano de graduação - agregado			0,208 ^a
1º ou 4º ano	8,7 ± 15,3	142	
5º ou 6º ano	10,1 ± 17,0	89	
Prática de atividade física			0,368 ^a
Não	9,5 ± 13,8	63	
Sim	9,2 ± 16,7	168	
Tabagismo			0,166 ^a
Não	9,3 ± 16,9	194	
Sim	8,8 ± 10,2	37	
Álcool			0,995 ^a
Não	9,6 ± 17,2	100	
Sim	9,0 ± 15,0	131	
Medicação de uso contínuo			0,559 ^a
Não	7,2 ± 11,8	119	
Sim	11,4 ± 19,3	112	
Ansiedade			0,030^b
Sem ansiedade	6,9 ± 13,5 [§]	83	
Leve	9,4 ± 15,7	83	
Moderado	10,6 ± 17,4 [‡]	48	
Grave	16,2 ± 22,5 [‡]	17	
Depressão			0,008^b
Sem depressão	4,7 ± 10,0 [§]	38	
Leve	7,0 ± 12,8	63	
Moderado	12,6 ± 19,8 [‡]	96	
Grave	9,1 ± 12,6	34	

p – nível descritivo do teste de Mann-Whitney^(a) e de Kruskal-Wallis^(b).

§ e ‡ apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

Conforme Tab. 10, foram selecionadas como variáveis preditoras do modelo multivariado inicial o SII, idade, medicação de uso contínuo e depressão (significantes a 10% nos modelos univariados), sendo que permaneceram significantes no modelo multivariado final, SII ($p < 0,001$), a idade ($p = 0,002$) e depressão ($p = 0,049$). Assim, observou-se que os alunos com SII têm, em média, 14,72 pontos a mais do que os alunos com dor abdominal, ajustadas pelas demais variáveis preditoras do modelo. Além disso, o aumento de 1 ano na idade acarreta um aumento de 0,58 pontos, em média, no escore de IBS-interferência de atividade. Adicionalmente, verificou-se que os alunos com depressão moderada e grave têm maiores escores de IBS-interferência de atividade (respectivamente 6,91 e 4,70 pontos a mais, em média), similares entre si ($p = 0,448$) e superiores ao dos alunos sem depressão. Entretanto, não se verificou diferenças de médias dos escores entre alunos sem depressão e com depressão leve ($p = 0,514$) e do grupo com depressão leve e moderada ou grave ($p = 0,113$).

TABELA 10. Resultados dos modelos de regressões lineares univariados e multivariados para IBS-interferência de atividade.

Variáveis	Modelo univariado		Modelo multivariado inicial		Modelo multivariado final	
	Coefficiente bruto (IC95%)	p	Coefficiente ajustado (IC95%)	p	Coefficiente ajustado (IC95%)	p
SII (ref. Não)	15,40 (10,05 a 20,76)	<0,001	14,49 (9,11 a 19,86)	<0,001	14,72 (9,51 a 19,94)	<0,001
Sexo feminino (ref. Masculino)	1,37 (-3,64 a 6,38)	0,591	-	-	-	-
Idade (anos)	0,61 (0,22 a 1,00)	0,002	0,58 (0,22 a 0,94)	0,002	0,58 (0,22 a 0,94)	0,002
Cor (ref. Branco)		0,859		-		-
Pardo	-0,44 (-7,06 a 6,18)	0,895	-	-	-	-
Preto	-0,42 (-12,60 a 11,75)	0,945	-	-	-	-
Amarelo	4,02 (-5,39 a 13,44)	0,401	-	-	-	-
IMC (ref. Eutrofia)		0,509		-		-
Baixo peso	3,38 (-2,02 a 8,78)	0,218	-	-	-	-
Sobrepeso	3,05 (-2,74 a 8,83)	0,300	-	-	-	-
Obesidade	3,13 (-4,31 a 10,56)	0,408	-	-	-	-
Ano da graduação - 5º ou 6º ano (ref. 1º ao 4º ano)	1,39 (-2,86 a 5,65)	0,519	-	-	-	-
Prática de atividade física	-0,32 (-4,97 a 4,34)	0,894	-	-	-	-
Tabagismo	-0,52 (-6,18 a 5,14)	0,856	-	-	-	-
Álcool	-0,60 (-4,79 a 3,58)	0,777	-	-	-	-
Medicação de uso contínuo	4,17 (0,06 a 8,29)	0,047	0,74 (-3,27 a 4,76)	0,715	-	-
Ansiedade (ref. Sem ansiedade)		0,142		-		-
Leve	2,58 (-2,27 a 7,44)	0,296	-	-	-	-
Moderado	3,73 (-1,95 a 9,40)	0,197	-	-	-	-
Grave	9,36 (1,03 a 17,69)	0,028	-	-	-	-
Depressão (ref. Sem depressão)		0,035		0,061		0,049
Leve	2,26 (-4,12 a 8,65)	0,485	1,85 (-4,07 a 7,78)	0,538	1,95 (-3,93 a 7,84)	0,514
Moderado	7,86 (1,91 a 13,82)	0,010	6,75 (1,17 a 12,33)	0,018	6,91 (1,41 a 12,41)	0,014
Grave	4,35 (-2,98 a 11,69)	0,243	4,38 (-2,60 a 11,37)	0,218	4,70 (-2,07 a 11,46)	0,173

Modelo final - N = 231. Teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,001$).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo transversal de modalidade inquérito realizado em duas escolas de Medicina localizadas na cidade de São Paulo, avaliou-se a prevalência da SII em estudantes de medicina e sua relação com fatores emocionais e impacto na qualidade de vida.

A prevalência de estudantes com SII foi de 11,3% utilizando-se os critérios de Roma IV²¹. Este achado está em consonância com a faixa de prevalência de SII (9,3%-35,3%) reportada em uma revisão sistemática de 2015 baseada em 16 estudos com estudantes de medicina, entretanto os critérios utilizados foram de versões anteriores (Roma III, Roma II e Roma I)³³.

Há uma escassez de estudos brasileiros sobre este tema. Um estudo realizado em 2008 por Balbinot et al.³² com estudantes de medicina do Rio Grande do Sul identificou prevalências maiores de SII do que no presente estudo (28%), assim como Dunningham et al.²⁷ que identificaram uma prevalência de 13,43% em 2013. É importante destacar que por ser uma desordem do eixo intestino-cérebro a sua fisiopatologia ainda não é bem compreendida e mesmo atualmente há uma lacuna para seu diagnóstico uma vez que, ao contrário de muitas outras condições médicas, não há exames laboratoriais definitivos ou estudos de imagem que possam confirmar o diagnóstico de SII^{2,39}. Ele é baseado principalmente em sintomas, o que pode levar a incertezas no diagnóstico, o que afeta diretamente os estudos epidemiológicos. Os estudos citados anteriormente levaram em consideração os critérios de Roma III, que é menos específico e mais sensível para o diagnóstico de SII em comparação aos critérios de Roma IV²¹, utilizados neste estudo^{2,39,56}.

Dados brasileiros mais recentes não demonstram a prevalência da SII em estudantes de medicina, mas reforçam sua predileção pelo sexo feminino^{27,28}, assim como os evidenciado neste estudo em que a SII foi predominante no sexo feminino (88,9%), com risco de desenvolvimento 3,3 vezes maior em mulheres do que em homens, não apresentando correlação entre a idade. Este é um dado que refuta alguns estudos que indicam que a SII é mais prevalente em adolescentes do que em adultos jovens e apresenta a idade avançada como um fator protetor para a SII²⁴. Quiroga-Casteñeda²⁴ encontraram que para cada ano adicional de vida, a prevalência da SII é reduzida em 9% nos estudantes de medicina.

Em comparação a estudos Europeus, os dados foram semelhantes no que diz respeito a prevalência de SII²⁴, como França (7,8%)⁵⁷ e Portugal (16,7%)⁴⁴, entretanto comparando alguns estudos latino-americanos e africanos^{10,27,33}, a prevalência apresentada neste estudo é menor do que nos centros do Paraguai (23,8%)³, Porto Rico (36,3%)²⁵, Malásia(14,7%)³⁴ Egito(20,6%)¹⁰, exceto Peru com prevalência de 9,5%²⁶. O fato de ter sido realizado em um grande centro no Brasil, com elevado índice de desenvolvimento humano, semelhante aos índices europeus, pode ter sido um fator que contribuiu para esta divergência de dados, tendo em vista que aspectos relacionados a moradia, pobreza e acesso a saúde podem influenciar na presença da SII^{24,58}. O estudo atual demonstrou que a prevalência de SII foi maior na população branca e amarela, sendo a população amarela apresenta chance 6,6 vezes maior de apresentar SII em comparação à população branca, o que vai de encontro à maioria dos dados epidemiológicos da SII, cujos países asiáticos apresentam taxas muito maiores do que o restante do mundo^{10,45,59}.

Estudantes de medicina e das demais áreas da saúde frequentemente enfrentam cargas elevadas de trabalho, com jornadas extenuantes, privação de sono e turnos noturnos, especialmente durante os estágios práticos e internato¹⁰. A qualidade de vida também é consideravelmente prejudicada ao longo da formação médica. Fatores como competitividade, cobrança interna, falta de tempo para atividades de lazer e apoio emocional insuficiente contribuem para um ambiente propício ao adoecimento psíquico e físico desses estudantes²⁶. Um estudo Egípcio de 2024 demonstrou que a SII estava relacionada à sensação de tensão, ansiedade ou nervosismo e depressão (RR IC95%: 25,7; 3,1;1,6;2,6, respectivamente) e sentimentos recentes de depressão e frustração ao ponto de apresentarem desejos de automutilação ou suicídio foram os fatores de risco mais significativos para o enfrentamento da SII (OR IC95%: 18,7 [1,81-94,4] e 7,4 [1,42-39,1])¹⁰.

Diversos estudos demonstram que esses fatores têm impacto negativo significativo na saúde mental desses alunos. Uma pesquisa publicada no JAMA⁴⁶ com mais de 180 estudos revelou que cerca de 27% dos estudantes de Medicina apresentam sintomas de depressão e 11% têm pensamentos suicidas em algum momento da formação. Além disso, a prevalência de ansiedade é elevada e pode ultrapassar 30% em alguns contextos.

O alto estresse em ambiente acadêmico gera estimulação do no eixo hipotálamo-hipófise adrenal, desencadeando liberação de uma série de substâncias,

destacando-se o hormônio liberador de corticotropina, o hormônio adrenocorticotrófico e o cortisol, estes, por sua vez afetam a função intestinal (inibindo o crescimento da microbiota) e estimulam o sistema nervoso simpático (alterando a motilidade intestinal)^{7,37}.

Neste contexto, é importante destacar a inter-relação entre saúde mental e doenças funcionais, como a SII. A SII é uma condição gastrointestinal crônica e multifatorial, caracterizada por dor abdominal associada a alterações no hábito intestinal, sem causa orgânica identificável. Estudos indicam que estresse psicológico, ansiedade e depressão são fatores de risco e, ao mesmo tempo, consequências da SII, criando um ciclo bidirecional de agravamento^{37,60}.

Assim, é plausível considerar que o ambiente estressante e a sobrecarga enfrentada pelos estudantes da área da saúde podem contribuir para o aparecimento ou agravamento da SII^{23,30,33,59,61}. Ao mesmo tempo, os sintomas gastrointestinais persistentes podem acentuar quadros de ansiedade e depressão, prejudicando ainda mais o desempenho acadêmico e a qualidade de vida. Compreender esse contexto é fundamental para a formulação de estratégias de acolhimento, prevenção e tratamento voltadas a essa população vulnerável.

O presente estudo demonstrou dados alarmantes no que diz respeito à saúde mental dos estudantes de medicina: 72,8% fecharam critérios para depressão segundo PHQ-9⁵³ e 57% para ansiedade, reforçando a necessidade de um olhar atento para esta população. No entanto, não foi identificada associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas de depressão ou ansiedade e o diagnóstico de SII. Embora tais condições psicológicas não tenham demonstrado influência direta sobre o diagnóstico de SII na presente amostra, observou-se que a presença de depressão e ansiedade esteve relacionada a alterações em determinados domínios do escore de qualidade de vida específico para SII (IBS-QOL), aspecto que será discutido posteriormente.

Este resultado difere de achados descritos em um estudo italiano, no qual estudantes com depressão apresentaram maior chance de desenvolver SII (OR = 6,3; IC95%: 2,59-15,33)²⁴. Além disso, outros estudos realizados em países europeus, asiáticos e latino-americanos também demonstraram associação entre sintomas depressivos, ansiedade e a presença de SII^{26,33,34,59,62}. Esses achados reforçam o modelo biopsicossocial proposto para a SII, no qual fatores emocionais e psicológicos desempenham papel relevante na gênese e na modulação dos sintomas.

Estudantes que positivaram para SII, faltaram mais nas atividades na faculdade por conta de dor abdominal ou desconforto abdominal (52,8% *versus* 32,7%) e com maior frequência de faltas (três faltas mensais) nas atividades por conta de dor abdominal (8,3% *versus* 1,4%), além de apresentar maior índice de piora dos sintomas abdominais próximos de provas ou após situações de stress (97,2% *versus* 50,4%), corroborando para a hipótese de que a SII no contexto universitário, especialmente entre estudantes de medicina, pode comprometer a produtividade destes indivíduos. Esta foi uma correlação também encontrada em um estudo brasileiro, demonstrando que há uma piora dos sintomas em eventos estressantes nos estudantes de medicina ($p = 0,0001$, $OR = 2,4$)³².

Sugaya²⁰ salienta que a SII ocasiona diversos impactos negativos na população afetada, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos e contribuindo para índices elevados de absenteísmo no ambiente de trabalho. Um estudo coreano demonstrou que enfermeiras mulheres com SII tinham duas vezes mais sintomas depressivos do que pessoas sem SII¹². O impacto da SII nos profissionais da saúde também foi avaliado em um estudo realizado com residentes médicos na China demonstrou que portadores de SII apresentavam mais depressão e maior influência do stress do que não portadores⁶³.

Essa associação pode ser explicada por respostas anormais que ocorrem no sistema nervoso central (SNC) a situações de humor flutuante, que enviam sinais para o trato gastrointestinal, levando ao aparecimento de contrações intestinais que, posteriormente causam os sintomas característicos da SII^{7,34,64}. Esta também pode ser uma justificativa para o maior desconforto gastrointestinal em situações de prova e stress em portadores de SII e maior índice de abstenção nas aulas para esta população.

Ao analisar o desempenho acadêmico dos estudantes, não foi observada diferença estatisticamente significativa na maior nota nos últimos 6 meses entre os grupos com e sem SII, bem como na menor nota nos últimos 6 meses. Na avaliação da média das notas dos últimos 6 meses, identificou-se que os estudantes com SII apresentaram maior nota média em comparação aos estudantes sem SII, sendo este dado estatisticamente significativo ($p = 0,044$). Dessa forma, embora a SII possa interferir na qualidade de vida e no bem-estar psicológico dos estudantes, seu impacto direto no desempenho acadêmico pode ser limitado ou compensado por estratégias adaptativas adotadas pelos próprios alunos.

Esse achado levanta um questionamento relevante relacionado à fisiopatologia da SII e à sua interação com o eixo intestino-cérebro: seria o estudante com SII mais exigente consigo mesmo, desenvolvendo a síndrome em decorrência de dificuldades no manejo emocional? Ou, alternativamente, ciente de suas limitações emocionais ou dos sintomas relacionados à SII, ele buscaria compensar essas dificuldades com maior esforço acadêmico, resultando em melhor desempenho?

Os achados relacionados ao desempenho acadêmico (notas) não foram descritos em outras publicações até o momento. Em contrapartida, a avaliação dos níveis de abstenção foi abordada em estudos europeus e asiáticos realizados tanto com estudantes de medicina quanto com a população geral, demonstrando que a SII exerce impacto significativo nas atividades diárias, incluindo aumento no número e na frequência de faltas ao trabalho ou aos estudos, em comparação com indivíduos sem a síndrome^{20,23,30,31,65,66}.

No presente estudo, houve um aumento significativo da prevalência de SII nos estudantes veteranos (internato) assim como em um estudo peruano²⁶ e um estudo chinês (OR = 1,275, IC95% = 0,565-2,876)⁴⁵. Com uma amostra maior em cada subgrupo, seria possível detectar essa correlação de forma mais robusta, conforme evidenciado em outras investigações^{10,24}. Esta associação se dá, pois, os estudantes em internato são submetidos a maiores cargas de estresse, sobretudo devido à proximidade das avaliações para a residência médica e às exigências práticas.

A avaliação da qualidade de vida em portadores de SII requer uma abordagem multifatorial que considere os diversos aspectos do impacto da doença na vida cotidiana. Para isso, utilizou-se neste estudo o questionário IBS-QOL, instrumento validado para a mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com SII, que aborda domínios como disforia, interferência em atividades, imagem corporal, preocupação com a saúde, evitar alimentos, reação social, sexualidade e relacionamentos. Essa estrutura multidimensional permite uma visão mais ampla do paciente como um todo, capturando não apenas sintomas físicos isolados, mas também as repercussões emocionais, sociais e funcionais associadas à doença⁶⁷. Drossman et al.⁶⁸ destacaram que uma melhora de pelo menos 14 pontos no escore total do IBS-QOL é clinicamente significativa, reforçando a utilidade do instrumento para monitoramento de intervenções terapêuticas. Além disso, dados de Andrae et al.⁶⁷ confirmam a validade psicométrica do IBS-QOL, inclusive em subtipos específicos como a SII diarreica, ressaltando sua aplicabilidade em diferentes populações (Fig. 7).

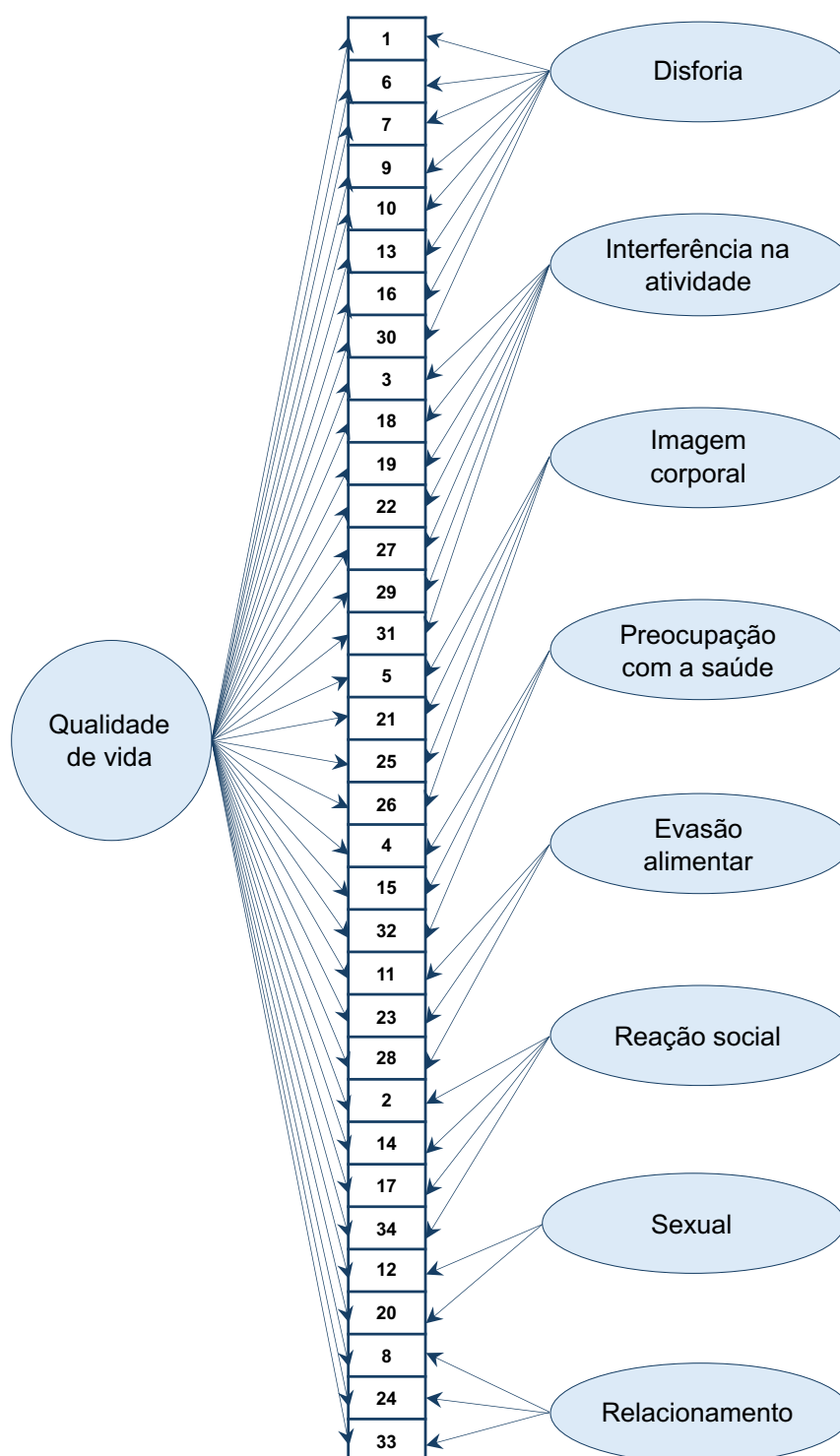


FIGURA 7. Domínios avaliados pelo IBS-QOF e seus impactos na qualidade de vida [Fonte: adaptado de Andrae et al.⁶⁷].

Embora haja investigações sobre o impacto da SII na qualidade de vida de estudantes de medicina, tais estudos permanecem limitados em número e escopo. Incorporar essa discussão na formação acadêmica pode ser uma estratégia relevante para aprimorar o manejo clínico pessoal em situações de estresse inerentes à prática médica, como plantões e emergências.

Barbosa et al.²⁸ avaliaram a presença da sintomatologia da SII entre estudantes de medicina da Universidade Federal do Alagoas e as possíveis influências na qualidade dos estudos. Neste estudo, 55% dos portadores de SII apresentavam sintomas moderados, 38% leves e 7% graves. Estes dados vão ao encontro aos achados deste estudo, embora a avaliação da qualidade de vida tenha sido realizada a partir de scores distintos.

O presente estudo demonstrou que as pontuações gerais do IBS-QOL foram majoritariamente maiores em pacientes com SII do que pacientes que apresentavam dor abdominal sem critérios para SII. Além disso, também houve pontuações maiores e estatisticamente significantes no que diz respeito à disforia, interferência das atividades diárias, avaliação da imagem corporal, preocupação com a saúde, necessidade de evitar alimentar alimentos e, inclusive, no que diz respeito à atividade sexual. Estes dados reforçam a necessidade de maior atenção e cuidado com os portadores de SII em todos os âmbitos da sua vida. A única categoria que não foi estatisticamente significativa foi a de relacionamento.

Ao analisar individualmente alguns domínios do IBS-QOF, observou-se que no IBS-geral, os alunos com SII têm, em média, 14,97 pontos a mais do que aqueles com somente dor abdominal, ajustadas pelas demais variáveis preditoras do modelo. Adicionalmente, verificou-se que os alunos com depressão moderada e grave têm maiores escores de IBS-geral (respectivamente 8,56 e 10,02 pontos a mais, em média) similares entre si ($p = 0,574^{***}$) e maiores do que dos alunos sem depressão.

Da mesma forma, ao avaliar o domínio do IBS-disforia, verificou-se que os alunos com depressão moderada e grave têm maiores escores (respectivamente 6,76 e 8,55 pontos a mais, em média), similares entre si ($p = 0,493$) e superiores ao dos alunos sem depressão. O mesmo correu com o IBS-interferência das atividades, onde observou-se que os alunos com SII têm, em média, 14,72 pontos a mais do que os alunos com dor abdominal, ajustadas pelas demais variáveis preditoras do modelo e que alunos com depressão moderada e grave têm maiores escores de IBS-interferência de atividade (respectivamente 6,91 e 4,70 pontos a mais, em média), similares entre si ($p = 0,448$) e superiores ao dos alunos sem depressão. Estes dados, corroboram para a hipótese de que fatores emocionais e psicológicos desempenham papel relevante na gênese e na modulação dos sintomas e, consequentemente da qualidade de vida de seus portadores.

*** Teste de Wald *ad hoc* sob modelo multivariado final.

Nos três domínios avaliados, a idade mostrou-se associada a piores escores de qualidade de vida relacionada à SII. Observou-se que cada aumento de um ano na idade esteve associado a acréscimo médio de 0,40 pontos no escore de IBS-geral e de 0,58 pontos no escore de interferência de atividade. Além disso, verificou-se correlação positiva, embora fraca, entre idade e o domínio disforia ($r = 0,134$; $p = 0,042$), indicando que estudantes mais velhos tenderam a apresentar maiores escores nesse domínio. Esse achado é particularmente interessante, uma vez que, na análise inicial, os anos mais avançados da graduação concentraram alunos com maior idade. Nesse contexto, é plausível supor que fatores característicos das fases finais do curso de medicina, como maior proximidade das provas de residência, maior carga de plantões, privação de sono e aumento da pressão acadêmica e emocional, possam contribuir para a piora subjetiva do impacto da SII sobre a qualidade de vida.

Tal hipótese ganha relevância ao se considerar que, na literatura, a maior idade costuma ser descrita como fator protetor para o diagnóstico de SII. Em nossa amostra, entretanto, embora os estudantes com SII pareçam apresentar melhor desempenho acadêmico e inclusive maiores médias de nota, isso não pareceu protegê-los do impacto subjetivo da síndrome em domínios emocionais e funcionais. Esses dados sugerem que estudantes mais velhos podem desenvolver estratégias mais eficazes para manutenção do rendimento acadêmico, mas ainda permanecem vulneráveis aos efeitos psicossociais e à interferência da SII em sua qualidade de vida.

Esses achados reforçam que a SII exerce influência abrangente e negativa sobre a qualidade de vida, comprometendo diferentes dimensões que vão além dos sintomas gastrointestinais propriamente ditos. Em estudantes de medicina, esse impacto pode ser ainda mais relevante, considerando o período de formação acadêmica e início da carreira profissional. O comprometimento da qualidade de vida pode traduzir-se em dificuldades de aprendizado, aumento no absenteísmo, pior manejo do estresse, além de potenciais prejuízos futuros na relação com pacientes e na atuação em cenários de alta demanda emocional, como plantões e serviços de emergência.

Assim, os resultados do presente estudo reforçam a importância de uma maior atenção aos estudantes de medicina diagnosticados com SII sugerindo que este tema seja incorporado à formação médica não apenas sob o viés técnico, mas também como ferramenta de autocuidados e promoção de saúde mental. Observou-se que, embora a prevalência da SII entre os estudantes avaliados seja semelhante à da

população geral e não tenha sido identificada correlação estatística significativa com os níveis de depressão e ansiedade, os impactos adversos na qualidade de vida dos indivíduos acometidos são substanciais. Tais evidências sustentam a necessidade de estratégias institucionais voltadas à detecção precoce, acompanhamento psicológico e intervenção multidisciplinar, com vistas a mitigar os prejuízos ao bem-estar e ao desempenho acadêmico dos discentes bem como redução dos impactos negativos ao longo da vida profissional.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Observou-se uma baixa adesão dos estudantes da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), o que comprometeu a comparação entre os dois grupos avaliados. Isso se deve, em parte, à restrição institucional que limita a divulgação ativa do questionário em sala de aula, limitando-se ao envio de e-mails institucionais. Em contrapartida, a Universidade Anhembi Morumbi autorizou a divulgação direta nas salas, incluindo a disponibilização de *QR Code*, o que pode ter favorecido a maior taxa de resposta entre seus alunos.

Os questionários foram preenchidos pelos próprios estudantes, sem a intermediação de profissionais médicos. Apesar disso, considerando que todos os participantes são graduandos em Medicina, infere-se que possuam conhecimento técnico mínimo suficiente para a adequada compreensão e resposta aos instrumentos utilizados, o que reduz a probabilidade de erros sistemáticos.

Outra limitação importante é que o questionário de qualidade de vida utilizado não possui validação formal para o português do Brasil. No entanto, trata-se de um instrumento desenvolvido e disponibilizado pela Fundação ROMA, com validação interna e padronização internacional, o que visa garantir a uniformidade na aplicação entre os diferentes centros participantes ao redor do mundo. Essa padronização é particularmente relevante, pois permite a reprodutibilidade dos resultados e facilita comparações multicêntricas. Além disso, os demais instrumentos empregados na avaliação — como o PHQ-9⁵³, o GAD-7⁴⁹ e os Critérios de Roma IV²¹ — são devidamente validados para o português e amplamente utilizados na prática clínica e em pesquisas acadêmicas.

Por fim, cabe destacar que, previamente à realização deste estudo, foi conduzido um estudo piloto com a aplicação do questionário de qualidade de vida. Essa etapa prévia possibilitou a avaliação prática da aplicabilidade do instrumento, contribuindo para o aperfeiçoamento da metodologia e para a identificação de possíveis dificuldades de compreensão por parte dos respondentes.

Apesar das limitações, este estudo oferece contribuições relevantes para a compreensão da SII em estudantes de medicina, uma população particularmente suscetível ao adoecimento psíquico e físico em razão das múltiplas exigências emocionais, cognitivas e práticas impostas pela formação médica. Os dados obtidos permitem levantar hipóteses e propor caminhos para futuras investigações, bem como sugerir estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde e do bem-estar estudantil.

A elevada prevalência de sintomas depressivos e ansiosos observada, ainda que sem associação estatística direta com o diagnóstico de SII, reforça a necessidade de uma abordagem integral dos estudantes, que contemple não apenas o desempenho acadêmico, mas também aspectos emocionais e a qualidade de vida. A SII, neste contexto, pode ser entendida como um marcador clínico de sofrimento subjetivo, muitas vezes não verbalizado, mas que se expressa por meio de sintomas somáticos. Estudantes com diagnóstico de SII apresentaram piores escores nos domínios de qualidade de vida, evidenciando um sofrimento significativo que pode passar despercebido em avaliações tradicionais centradas apenas em indicadores objetivos de rendimento.

Essas observações indicam a importância de que instituições de ensino superior implementem ou reforcem programas de suporte emocional, com espaços de escuta qualificada e acolhimento psicológico, especialmente voltados a estudantes que manifestam sintomas funcionais persistentes. Além disso, destaca-se o potencial benefício da incorporação de instrumentos validados, como PHQ-9⁵³, GAD-7⁴⁹ e IBS-QOL, em estratégias regulares de triagem e monitoramento da saúde discente. Tais medidas poderiam permitir a identificação precoce de quadros de sofrimento e adoecimento funcional, contribuindo para ações preventivas e intervenções mais eficazes.

O reconhecimento da relação entre o eixo intestino-cérebro e os sintomas funcionais também aponta para a necessidade de inclusão de conteúdos relacionados ao autocuidado, à saúde mental e à medicina integrativa nos currículos médicos. Esta abordagem ampliada pode promover maior consciência dos estudantes sobre seus próprios processos de adoecimento e fomentar práticas de cuidado mais humanizadas e empáticas no exercício profissional futuro.

Os resultados do presente estudo também abrem espaço para investigações longitudinais que avaliem os efeitos de intervenções psicológicas, nutricionais e/ou farmacológicas sobre os sintomas de SII e seus impactos na vida acadêmica, emocional e social dos estudantes. Ademais, a constatação de que estudantes com SII apresentam médias acadêmicas semelhantes ou até superiores aos demais reforça a ideia de que o mérito acadêmico não é, por si só, um indicativo de saúde emocional, sendo fundamental ressignificar os critérios de sucesso no contexto formativo.

Os sintomas característicos da SII, como dor abdominal, alterações no hábito intestinal, ausências recorrentes ou dificuldades de concentração, devem ser escutados com atenção por professores e gestores educacionais, pois podem ser manifestações de adoecimento funcional que exigem acolhimento e cuidado. Em síntese, esta pesquisa não apenas fornece dados epidemiológicos importantes sobre a SII em estudantes de medicina, como também promove uma reflexão crítica sobre os determinantes do sofrimento emocional nesta população, apontando direções para uma formação mais humanizada e institucionalmente comprometida com o bem-estar global dos futuros profissionais de saúde.

6 CONCLUSÕES

Este estudo demonstra nas condições de sua realização que a prevalência da Síndrome do Intestino Irritável nos estudantes de Medicina é semelhante à população normal.

Não foi observada correlação da Síndrome do Intestino Irritável com depressão e ansiedade no grupo estudado.

Por fim, houve um elevado impacto negativo na qualidade de vida dos portadores da Síndrome do Intestino Irritável.

7 ANEXOS

Anexo 1 - Questionário online aplicado aos estudantes

Confidential

Page 1 of 12

Síndrome do Intestino Irritável: Qual sua prevalência e seu impacto emocional e na qualidade de vida dos estudantes de medicina?

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um distúrbio funcional do trato digestivo, onde a prevalência mundial varia entre 3% a 25%, sendo no Brasil de 12% e a americana 15%.

Essa síndrome traz forte impacto na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos, em particular nos estudantes de medicina, um grupo fortemente vulnerável em nível variado de estresse e ansiedade por conta da alta carga de estudos e responsabilidades.

Por este motivo, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo. Sua participação é extremamente importante para nós.

Obrigada pela sua participação.

2 EM QUAL INSTITUIÇÃO ESTÁ MATRICULADO?

- ☐ UAM
☐ FCMSCSP

3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

☐ Concordo
☐ Não concordo

Este é um convite para você participar da pesquisa: "Síndrome do Intestino Irritável: Qual sua prevalência e seu impacto emocional e na qualidade de vida dos estudantes de medicina?", que é coordenada pela Profa. Dra. Aline Celeghini Rosa Vicente. A sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga prejuízo ou penalidade. Este estudo é necessário para maior esclarecimento sobre a patologia da Síndrome do Intestino Irritável (SII) que ainda é um assunto pouco estudado e, que mostra ser muito prevalente na população. O objetivo do estudo visa compreender a prevalência da SII em estudantes de medicina de diferentes anos, e correlacionar a sua prevalência com distúrbios neurológicos de ansiedade e depressão, assim como definir quais os impactos e suas consequências no cotidiano dos estudantes de medicina em uma Universidade localizada no centro da cidade de São Paulo, Brasil.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguintes(s) procedimentos: aplicação de questionários seguindo os critérios de ROMA IV, questionários para diagnóstico de depressão e ansiedade sendo, PHQ9 e GAD7, respectivamente e questionário de qualidade de vida. Posteriormente, os dados serão comparados de acordo com o semestre que o aluno está cursando. Os riscos envolvidos com sua participação são quebra de sigilo e aborrecimento com as perguntas realizadas. Diante sua participação voluntária saiba que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado. Você ficará com uma via deste Termo e toda a dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser perguntada diretamente para Aline Celeghini Rosa Vicente, pelos telefones: (11) 99904-4212. Enquanto, as objeções a respeito da conduta ética poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Anhembi Morumbi de duas formas: pessoalmente na Rua Dr. Almeida Lima, 1.134 - sala 207 - Mooca, ou pelo telefone (11) 2790-4658.

Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que compreendi os objetivos e procedimentos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

3 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

☐ Concordo
☐ Não concordo

Caro Participante:

Gostaríamos de te convidar para participar voluntariamente da pesquisa intitulada "Síndrome do Intestino Irritável: Qual sua prevalência e seu impacto emocional e na qualidade de vida dos estudantes de Medicina?" que se refere a um projeto de Trabalho de Mestrado da participante Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota, sob a orientação do Dr Tercio de Campos, o qual pertence ao Departamento de Cirurgia da Santa Casa Misericórdia de São Paulo.

Este estudo tem como objetivo compreender a prevalência da Síndrome do Intestino Irritável em estudantes de Medicina de diferentes anos e correlacionar sua prevalência com ansiedade e depressão, assim como definir quais os seus impactos no cotidiano dos estudantes. Este é um estudo necessário para maior esclarecimento sobre o impacto da síndrome e suas consequências nesta população que é constantemente submetida a situações de stress e ansiedade, fortemente correlacionados com o surgimento da síndrome do intestino irritável.

A sua forma de participação consistirá em responder um questionário online que poderá ser preenchido em sala de aula ou em sua residência. Este questionário conta com 66 perguntas a respeito de sintomas intestinais, uso de medicações, atividades cotidianas, diagnóstico prévio de síndrome do intestino irritável, ansiedade e depressão e tem um tempo médio de preenchimento de 5 minutos.

Este estudo contribuirá para definir quais os indivíduos mais susceptíveis à Síndrome do Intestino Irritável, bem como suas consequências nas atividades laborais e, desta forma, instituir medidas de prevenção e apoio a eles.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, pois o estudo envolve somente a resposta ao questionário e nenhum procedimento ou intervenção será realizado no senhor(a).

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: baixo. Devido a possibilidade de quebra de sigilo, constrangimento e aborrecimento com as perguntas realizadas.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado.

Caso aceite participar voluntariamente do estudo o senhor(a) ficará com uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em qualquer etapa do estudo, o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é Tercio de Campos que pode ser encontrado(a) na Rua Dr. Cesário Mota Júnior 112, Telefone (11) 2176-7000 - Ramal 7263, no Departamento de Cirurgia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - Vila Buarque - Cep: 01.221-010 - E-mail drtercio@me.br, Cel. 11-983316913).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio 1º andar, sala 1 - Diretoria Técnica - Hospital Central - CEP 01221-020 São Paulo - Telefone (11) 2176-7000 Ramal: 7711- E-mail: cepsc@santacasasp.org.br.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Síndrome do Intestino Irritável: Qual sua prevalência e seu impacto emocional e na qualidade de vida dos estudantes de Medicina?". Eu discuti com Dr Tercio de Campos ou pessoa (s) por ele(a) delegada(s) Dra Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota, Dra Andrea Vieira, Mariana Mie Teruya, Thaís Tuasca Jareño e bruno Salgueiro Russo sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, a realização de questionário, os desconfortos e riscos relacionados às suas perguntas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar do 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.

Consentimento livre e esclarecido:

Declaro que compreendi os objetivos e procedimentos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

NOME

3 TELEFONE PARA CONTATO

Confidential

Page 5 of 12

4 IDADE

ANO DA GRADUAÇÃO

- ☐ 1º ou 2º ano
☐ 3º ou 4º ano
☐ 5º ou 6º ano

6 QUAL FOI A SUA MAIOR NOTA NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

7 QUAL FOI SUA MENOR NOTA NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

8 QUAL FOI A MÉDIA DAS SUAS NOTAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

SEXO

- ☐ FEMININO
☐ MASCULINO
☐ NÃO DESEJO INFORMAR

RAÇA

- ☐ BRANCO
☐ PARDO
☐ AMARELO
☐ PRETO
☐ OUTROS

11 PESO EM KGS

12 ALTURA EM CM

PRATICA ATIVIDADE FÍSICA?

- ☐ SIM
☐ NÃO

É TABAGISTA?

- ☐ SIM
☐ NÃO

FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA?

- ☐ SIM
☐ NÃO

FAZ USO DE MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO?

- ☐ SIM
☐ NÃO

QUAIS MEDICAÇÕES?

- ☐ ANTIDEPRESSIVO
☐ ANSIOLÍTICO
☐ ANTICONVULSIVANTE
☐ ANTIESPASMÓTICO
☐ LAXATIVOS
☐ ANALGÉSICOS
☐ OUTROS

Confidential

C

Page 6 of 12

FAZ USO DE MEDICAÇÕES PARA DESCONFORTO GASTRO INTESTINAL?	☐ NÃO ☐ ANALGÉSICO ☐ ANTIESPASMÓDICO ☐ LAXATIVOS ☐ OBSTIPANTES ☐ OUTROS
POSSUI DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL?	☐ SIM ☐ NÃO
TEM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE ANSIEDADE?	☐ SIM ☐ NÃO
TEM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DEPRESSÃO?	☐ SIM ☐ NÃO
VOCÊ JÁ FALTOU A ATIVIDADES NA FACULDADE POR CONTA DE DOR ABDOMINAL OU DESCONFORTO ABDOMINAL?	☐ SIM ☐ NÃO
QUANTAS VEZES NO MÊS VOCÊ FALTA NAS ATIVIDADES POR CONTA DE DOR ABDOMINAL?	☐ NENHUMA ☐ UMA ☐ DUAS ☐ TRÊS ☐ MAIS DO QUE TRÊS
VOCÊ APRESENTA PIORA DOS SINTOMAS ABDOMINAIS PRÓXIMOS DE PROVAS OU APÓS SITUAÇÕES DE STRESS?	☐ SIM ☐ NÃO
NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEVE DOR ABDOMINAL EM QUALQUER PARTE DO SEU ABDOME?	☐ NUNCA ☐ MENOS DE UM DIA POR MÊS ☐ UM DIA POR MÊS ☐ DOIS A TRÊS DIAS POR MÊS ☐ UMA VEZ POR SEMANA ☐ DOIS A TRÊS DIAS POR SEMANA ☐ A MAIORIA DOS DIAS (QUATRO A SEIS DIAS POR SEMAN ☐ TODOS OS DIAS ☐ VÁRIAS VEZES POR DIA OU CONSTANTEMENTE
COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU ESSA DOR NO ABDOME PRÓXIMO DO MOMENTO QUE VOCÊ EVACUOU - UM POUCO ANTES, DURANTE OU LOGO DEPOIS? (PORCENTAGEM DE VEZES COM DOR)	☐ 0% NUNCA ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% SEMPRE

Confidential

Page 7 of 12

COM QUE FREQUÊNCIA SUAS FEZES FICARAM MAIS MOLES OU MAIS DURAS DO QUE O NORMAL QUANDO VOCÊ TEVE ESSA DOR? (PORCENTAGEM DE VEZES COM DOR)	☐ 0% NUNCA ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% SEMPRE
COM QUE FREQUÊNCIA SUAS FEZES FICARAM MAIS FREQUENTES OU MENOS FREQUENTES DO QUE O NORMAL QUANDO VOCÊ TEVE ESSA DOR? (PORCENTAGEM DE VEZES COM DOR)	☐ 0% NUNCA ☐ 10% ☐ 20% ☐ 30% ☐ 40% ☐ 50% ☐ 60% ☐ 70% ☐ 80% ☐ 90% ☐ 100% SEMPRE
FAZ PELO MENOS 6 MESES DESDE QUE VOCÊ COMEÇOU A TER ESSA DOR?	☐ SIM ☐ NÃO
NOS ÚLTIMOS 3 MESES, QUANDO VOCÊ EVACUOU FEZES ANORMAIS, COMO ELAS ESTAVAM NO GERAL?	☐ NORMALMENTE FEZES ASSOCIADAS À CONSTIPAÇÃO ☐ NORMALMENTE FEZES ASSOCIADAS À DIARREIA ☐ FEZES ASSOCIADAS TANTO À DIARREIA COMO À CONSTIPAÇÃO - OU SEJA, MAIS DE 1/4 DE TODAS AS EVACUAÇÕES ANORMAIS FORAM ASSOCIADAS À CONSTIPAÇÃO E MAIS DE 1/4 À DIARREIA ☐ NÃO APLICÁVEL, PORQUE EU NUNCA OU RARAMENTE TENHO EVACUAÇÕES ANORMAIS
VOCÊ APRESENTOU MUDANÇA RECENTE NO HÁBITO INTESTINAL?	☐ SIM ☐ NÃO
VOCÊ APRESENTOU SANGRAMENTO NAS FEZES?	☐ SIM ☐ NÃO
VOCÊ APRESENTOU PERDA DE PESO INVOLUNTÁRIA?	☐ SIM ☐ NÃO
VOCÊ APRESENTA DOR ABDOMINAL NOTURNA OU NA PASSAGEM DAS FEZES?	☐ SIM ☐ NÃO
HÁ ANTECEDENTE FAMILIAR DE CÂNCER COLORRETAL OU DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL?	☐ SIM ☐ NÃO
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FICOU INCOMODADO PORQUE SE SENTIU NERVOSO, ANSIOSO OU NO SEU LIMITE?	☐ NENHUM DIA ☐ VÁRIOS DIAS ☐ MAIS DA METADE DOS DIAS ☐ QUASE TODOS OS DIAS

Confidential

C

Page 8 of 12

NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FICOU INCOMODADO PORQUE NÃO CONSEGUE PARAR OU CONTROLAR AS EMOÇÕES?	☐ NENHUM DIA ☐ VÁRIOS DIAS ☐ MAIS DA METADE DOS DIAS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FICOU INCOMODADO PORQUE PREOCUPA-SE MUITO COM DIVERSAS COISAS?	☐ NENHUM DIA ☐ VÁRIOS DIAS ☐ MAIS DA METADE DOS DIAS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FICOU INCOMODADO PORQUE ESTAVA TÃO INQUIETO QUE SE TORNOU DIFÍCIL PERMANECER PARADO?	☐ NENHUM DIA ☐ VÁRIOS DIAS ☐ MAIS DA METADE DOS DIAS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FICOU INCOMODADO PORQUE FICOU FACILMENTE IRRITADO OU IRRITÁVEL?	☐ NENHUM DIA ☐ VÁRIOS DIAS ☐ MAIS DA METADE DOS DIAS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FICOU INCOMODADO PORQUE SENTIU MEDO COMO SE ALGO HORRÍVEL FOSSE ACONTECER?	☐ NENHUM DIA ☐ VÁRIOS DIAS ☐ MAIS DA METADE DOS DIAS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) TEVE POUCO INTERESSE OU PRAZER EM FAZER AS COISAS?	☐ NENHUM DIA ☐ MENOS DE UMA SEMANA ☐ UMA SEMANA OU MAIS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) SE SENTIU PARA BAIXO, DEPRIMIDO(A) OU SEM PERSPECTIVA?	☐ NENHUM DIA ☐ MENOS DE UMA SEMANA ☐ UMA SEMANA OU MAIS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) TEVE DIFICULDADE PARA PEGAR NO SONO OU PERMANECER DORMINDO OU DORMIU MAIS DO QUE DE COSTUME?	☐ NENHUM DIA ☐ MENOS DE UMA SEMANA ☐ UMA SEMANA OU MAIS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) SE SENTIU CANSADO (A) OU COM POUCA ENERGIA?	☐ NENHUM DIA ☐ MENOS DE UMA SEMANA ☐ UMA SEMANA OU MAIS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) TEVE FALTA DE APETITE OU COMEU DEMAIS?	☐ NENHUM DIA ☐ MENOS DE UMA SEMANA ☐ UMA SEMANA OU MAIS ☐ QUASE TODOS OS DIAS
NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) SE SENTIU MAL CONSIGO MESMO(A) OU ACHOU QUE É UM FRACASSO OU QUE DECEPCIONOU SUA FAMÍLIA OU A VOCÊ MESMO(A)?	☐ NENHUM DIA ☐ MENOS DE UMA SEMANA ☐ UMA SEMANA OU MAIS ☐ QUASE TODOS OS DIAS

Confidential

Page 9 of 12

NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) TEVE DIFICULDADE PARA SE CONCENTRAR NAS COISAS (COMO LER O JORNAL OU VER TELEVISÃO)?

☐ NENHUM DIA
☐ MENOS DE UMA SEMANA
☐ UMA SEMANA OU MAIS
☐ QUASE TODOS OS DIAS

NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) TEVE LENTIDÃO PARA SE MOVIMENTAR OU FALAR (A PONTO DAS OUTRAS PESSOAS PERCEBEREM), OU AO CONTRÁRIO, ESTEVE TÃO AGITADO (A) QUE FICAVA ANDANDO DE UM LADO PARA O OUTRO MAIS DO QUE COSTUME?

☐ NENHUM DIA
☐ MENOS DE UMA SEMANA
☐ UMA SEMANA OU MAIS
☐ QUASE TODOS OS DIAS

NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, QUANTOS DIAS O (A) SR.(A) PENSOU EM SE FERIR DE ALGUMA MANEIRA OU QUE SERIA MELHOR ESTAR MORTO (A)?

☐ NENHUM DIA
☐ MENOS DE UMA SEMANA
☐ UMA SEMANA OU MAIS
☐ QUASE TODOS OS DIAS

NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS, OS SINTOMAS ANTERIORES LHE CAUSARAM ALGUM TIPO DE DIFICULDADE PARA TRABALHAR OU ESTUDAR OU TOMAR CONTA DAS COISAS EM CASA OU PARA SE RELACIONAR COM AS PESSOAS?

☐ NENHUMA DIFICULDADE
☐ POUCA DIFICULDADE
☐ MUITA DIFICULDADE
☐ EXTREMA DIFICULDADE

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS)

EU ME SINTO DESAMPARADO/A POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ EXTREMAMENTE

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):

ME SINTO ENVERGINHADO/A COM O CHEIRO CAUSADO PELOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ EXTREMAMENTE

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):

EU FICO CHATEADO/A COM O TEMPO QUE EU PASSO SENTADO/A NA "PRIVADA".

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ EXTREMAMENTE

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):

EU SINTO QUE POSSO PEGAR OUTRAS DOENÇAS COM MAIS FACILIDADE POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):

EU ME SINTO GORDO/A OU INCHADO/A POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):

EU SINTO COMO SE ESTIVESSE PERDENDO O CONTROLE SOBRE A MINHA VIDA POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

Confidential

Page 10 of 12

C

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU SINTO QUE EU APROVEITO MENOS A VIDA POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU ME SINTO CONSTRANGIDO/A QUANDO FALO DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ EXTREMAMENTE
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU ME SINTO DEPRIMIDO/A POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): ME SINTO ISOLADO/A DOS OUTROS POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): TENHO QUE CONTROLAR A QUANTIDADE DE COMIDA QUE COMO POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): MINHA ATIVIDADE SEXUAL SE TORNA DIFÍCIL PARA MIM POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ EXTREMAMENTE
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU SINTO RAIVA POR TER PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITA
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU ME SINTO COMO SE ESTIVESSE IRRITANDO OS OUTROS POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU TENHO MEDO QUE OS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS PIOREM.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU ME IRRITO FACILMENTE POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LIGEIRAMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO

Confidential

Page 11 of 12

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 EU TENHO MEDO QUE AS PESSOAS PENSEM QUE EU EXAGERO
 SOBRE OS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 EU SINTO QUE FAÇO MENOS COISAS POR CAUSA DOS MEUS
 PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 EU TENHO QUE EVITAR SITUAÇÕES ESTRESSANTES POR
 CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS DIMINUEM O MEU DESEJO
 SEXUAL.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS EU NÃO
 POSSO USAR TODAS AS ROUPAS QUE EU GOSTARIA.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 TENHO QUE EVITAR ATIVIDADES MUITO CANSATIVAS POR
 CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS (TRINTA DIAS):
 EU TENHO CONTROLAR O TIPO DE COMIDA QUE EU COMO POR
 CAUSA DOS MEUS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITO

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS, EU TENHO
 DIFICULDADE DE ESTAR COM PESSOAS QUE NÃO CONHEÇO
 BEM.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ MUITA

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS):
 ME SINTO MOLE POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS
 INTESTINAIS.

☐ DE FORMA ALGUMA
☐ LEVEMENTE
☐ MODERADAMENTE
☐ BASTANTE
☐ EXTREMAMENTE

Confidential

Page 12 of 12

NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU NÃO ME SINTO LIMPO/A POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): VIAGENS LONGAS SÃO COMPLICADAS PARA MIM POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ EXTREMAMENTE
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): ME SINTO CONTRARIADO/A POR NÃO PODER COMER NA HORA QUE EU QUERO POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): É IMPORTANTE PARA MIM ESTAR PERTO DE UM BANHEIRO POR CAUSA DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ EXTREMAMENTE
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): MINHA VIDA GIRA EM TORNO DOS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): TENHO MEDO DE PERDER O CONTROLE SOBRE O MEU INTESTINO.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU TENHO MEDO DE NÃO SER CAPAZ DE EVACUAR.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): OS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS ESTÃO AFETANDO MEUS RELACIONAMENTOS COM AS PESSOAS MAIS PRÓXIMAS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO
NOS ÚLTIMOS 30 (TRINTA DIAS): EU SINTO QUE NINGUÉM COMPREENDE OS MEUS PROBLEMAS INTESTINAIS.	☐ DE FORMA ALGUMA ☐ LEVEMENTE ☐ MODERADAMENTE ☐ BASTANTE ☐ MUITO

Anexo 2 - Questionário inclui dados para diagnóstico de síndrome do intestino irritável, baseado nos critérios de Roma IV

Questionário com critérios de Roma IV para Síndrome do Intestino Irritável
Por favor, responda as perguntas abaixo: 1. Você possui dor abdominal recorrente por pelo menos uma vez por semana? • Sim • Não 2. Esta dor ocorre semanalmente nos últimos três meses? • Sim • Não 3. A dor abdominal está associada a: A. Defecação? • Sim • Não B. Mudança na frequência das fezes? • Sim • Não C. Há mudança na aparência e forma das fezes? (diarreia ou fezes ressecadas?) • Sim • Não 4. Você teve mudanças recentes no hábito intestinal? • Sim • Não 5. Apresentou sangramento nas fezes? • Sim • Não 6. Teve perda de peso involuntária? • Sim • Não 7. Apresenta dor abdominal noturna ou na passagem das fezes? • Sim • Não 8. Você tem distensão abdominal? • Sim • Não 9. Você tem sensação de grande quantidade de flatos? • Sim • Não 10. Qual a intensidade desta dor em uma escala de 0-10? • 0 (sem dor) • 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7 • 8

- 9
- 10 (dor muito intensa)

11. História familiar de câncer colorretal ou doença inflamatória intestinal?

- Sim
- Não

Anexo 3 - Questionários incluem critérios de GAD-7 (ansiedade) e PHQ-9 (depressão)

GAD-7	PHQ-9
Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas? 1. Sentindo-se nervoso, ansioso ou muito tenso? • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 2. Não ser capaz de interromper ou de controlar as preocupações? • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 3. Preocupar-se muito com diversas coisas • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 4. Dificuldade para relaxar • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 5. Ficar tão angustiado(a) que se torna difícil permanecer sentado (a) • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 6. Ficar facilmente aborrecido(a) ou irritado(a) • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias	Ao longo das últimas 2 (duas) semanas, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas? 1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 3. Dificuldade para dormir ou dormir em excesso. • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia. • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 5. Falta de apetite ou comer em excesso. • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 6. Sentindo-se mal consigo mesmo(a), sentindo-se um(a) fracassada ou acha que decepciona as pessoas próximas • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 7. Tem dificuldade para se concentrar nas coisas como leitura ou assistir televisão • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias

	• Quase todos os dias • 8. Move-se ou fala devagar, ou o contrário, fica inquieto(a) e incapaz de ficar parado(a) • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias 9. Pensamentos de que seria melhor estar morto ou de se machucar de alguma forma • Nenhuma vez • Vários dias • Mais da metade dos dias • Quase todos os dias
--	--

Anexo 4 - Critérios relacionados à qualidade de vida mediante a SII.

Questionário IBS - QOL
Por favor, pense na sua vida no último mês (últimos 30 dias) e observe as afirmações abaixo. Cada afirmação tem cinco respostas diferentes. para cada afirmação, marque a resposta que melhor descreve seus sentimentos. 1. Sinto-me impotente por causa dos meus problemas intestinais. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco • Extremamente 2. Tenho vergonha do cheiro causado pelos meus problemas intestinais. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco • Extremamente 3. Estou incomodado com o tempo que passo no banheiro. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco • Frequentemente 4. Sinto-me vulnerável a outras doenças por causa dos meus problemas intestinais. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco • Extremamente 5. Sinto-me gordo/inchado por causa dos meus problemas intestinais. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco • Frequentemente 6. Sinto que estou perdendo o controle da minha vida por causa dos meus problemas intestinais. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco • Frequentemente 7. Sinto que minha vida é menos agradável por causa dos meus problemas intestinais. • Nada • Levemente • Moderadamente • Um pouco

- Frequentemente
8. Sinto-me desconfortável quando falo sobre meus problemas intestinais.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Extremamente
9. Sinto-me deprimido com meus problemas intestinais.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Extremamente
10. Sinto-me isolado dos outros por causa dos meus problemas intestinais.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Extremamente
11. Tenho que observar a quantidade de comida que como por causa dos meus problemas intestinais.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Frequentemente
12. Por causa dos meus problemas intestinais, a atividade sexual é difícil para mim.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Frequentemente
13. Sinto raiva por ter problemas intestinais.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Extremamente
14. Sinto que irrito os outros por causa dos meus problemas intestinais.
- Nada
 - Levemente
 - Moderadamente
 - Um pouco
 - Frequentemente
15. Me preocupo que meus problemas intestinais vão piorar.
- Nada
 - Levemente

- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

16. Sinto-me irritável por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

17. Me preocupo que as pessoas pensem que eu exagerei meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

18. Sinto que faço menos por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

19. Tenho que evitar situações estressantes por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

20. Meus problemas intestinais reduzem meu desejo sexual.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

21. Meus problemas intestinais limitam o que posso vestir.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

22. Tenho que evitar atividades extenuantes por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

23. Tenho que tomar cuidado com o tipo de comida que eu como por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

24. Por causa dos meus problemas intestinais, tenho dificuldade em estar perto de pessoas que não conheço bem.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequente

25. Sinto-me lento por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

26. Sinto-me impuro por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

27. As viagens longas são difíceis para mim por causa dos meus problemas intestinais

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

28. Sinto-me frustrado por não poder comer quando quero por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

29. É importante estar perto de um banheiro por causa dos meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

30. Minha vida gira em torno de meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente

- Um pouco
- Frequentemente

31. Me preocupo em perder o controle do seu intestino.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

32. Tenho medo de não conseguir evacuar.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

33. Seus problemas intestinais estão afetando seus relacionamentos mais próximos.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Frequentemente

34. Sinto que ninguém entende meus problemas intestinais.

- Nada
- Levemente
- Moderadamente
- Um pouco
- Extremamente

Anexo 5 - Instrução para cálculo do IBS-QOF

Transforming and Computing Overall Score and Subscores of IBS-QOL

Summarized by J.B. Hu

IBS-QOL is a new survey instrument first developed in 1997 to assess health related quality of life [QOL] of patients afflicted with irritable bowel syndrome [IBS]. The instrument was co-developed by Donald L. Patrick, PhD, Douglas A. Drossman, MD, and Ihunnaya O. Frederick, in the United States. This summary is based on the User's Manual for the U.S. version of IBS-QOL authored and published by the three in May 1997.

The original U.S. version of the IBS-QOL contains 34 question items relating to symptoms of IBS. Each item, when answered by the patient, describes the respondent's feelings to a particular symptom. The magnitude of the respondent's feelings to each item is determined by the patient's selection of one of the five Likert-style responses labeled 1 through 5, where 1=Not at all, 2=Slightly, 3=Moderately, 4=Quite a bit, and 5=Extremely.

In data analysis, the five responses are transformed in order to obtain a 100-point overall score and eight 100-point subscales. The table below lists names [beginning with TOT_] of the total overall score and 8 subscales, their component items, and acronyms [beginning with IBS_] of the final 9 computed 100-point scores:

	Subscale Names and Description [total]	Sequential order of component items in the IBS-QOL	100-point Names
1	TOT-OV for Overall [34]	All 34 items	IBS_OV
2	TOT-DY for Dysphoria [8]	IBS01 IBS06 IBS07 IBS09 IBS10 IBS13 IBS16 IBS30	IBS_DY
3	TOT-IN for Interference With Activity [7]	IBS03 IBS18 IBS19 IBS22 IBS27 IBS29 IBS31	IBS_IN
4	TOT-BI for Body Image [4]	IBS05 IBS21 IBS25 IBS26	IBS_BI
5	TOT-HW for Health Worry [3]	IBS04 IBS15 IBS32	IBS_HW
6	TOT-FA for Food Avoidance [3]	IBS11 IBS23 IBS28	IBS_FA
7	TOT-SR for Social Reaction [4]	IBS02 IBS14 IBS17 IBS34	IBS_SR
8	TOT-SX for Sexual [2]	IBS12 IBS20	IBS_SX
9	TOT-RL for Relationship [3]	IBS08 IBS24 IBS33	IBS_RL

Step 1 in the transformation is to reverse code the responses, making 5=Not at all, 4=Slightly, 3=Moderately, 2=Quite a bit, and 1=Extremely. Manual reverse coding is cumbersome, but most statistical analysis packages for personal computers are equipped with different ways and shortcuts to the reverse coding.

Step 2 of the transformation calculates a summary total of the overall score and eight subscales by totaling up the reverse coded values of the component items in each of the 9 groups. For example, TOT-DY is obtained by adding up all the reverse coded values of IBS01 IBS06 IBS07 IBS09 IBS10 IBS13 IBS16 IBS30.

Step 3 computes the final 100-point scores using the following formulas:

	Final 100-point Score Names	Computation Formula	Explanation
1	IBS_OV =	$((TOT_OV - 34) / (136)) * 100$	- denotes subtraction / indicates division * means multiplication Note: No final score should exceed 100. Higher scores may mean a higher quality of life and a less degree of IBS symptoms and their impact.
2	IBS_DY =	$((TOT_DY - 8) / (32)) * 100$	
3	IBS_IN =	$((TOT_IN - 7) / (28)) * 100$	
4	IBS_BI =	$((TOT_BI - 4) / (16)) * 100$	
5	IBS_HW =	$((TOT_HW - 3) / (12)) * 100$	
6	IBS_FA =	$((TOT_FA - 3) / (12)) * 100$	
7	IBS_SR =	$((TOT_SR - 4) / (16)) * 100$	
8	IBS_SX =	$((TOT_SX - 2) / (8)) * 100$	
9	IBS_RL =	$((TOT_RL - 3) / (12)) * 100$	

For more details of calculating the scores or to obtain a copy of the original IBS-QOL questionnaire, the User's Manual, or other supporting materials, please contact any person listed below:

Douglas A. Drossman, MD University of North Carolina – Chapel Hill CB 7080 Bioinformatics Building Chapel Hill, North Carolina 27599-7080 USA Tel: (919) 966-0141 Fax: (919) 966-8929	or	Donald L. Patrick, PhD Department of Health Services, H689 Box 357660, University of Washington Seattle, Washington 98195-7660 USA Tel: (206) 616-7393 Fax: (206) 616-3135
--	----	---

Anexo 6 - Medidas-resumo das características

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Idade (anos)	24,5	5,7	18,0	56,0	21,0	23,0	26,0	320
1 ou 2 ano	21,2	4,2	18,0	43,0	19,0	20,0	22,0	91
3 ou 4 ano	26,0	6,7	20,0	56,0	21,3	23,0	28,0	116
5 ou 6 ano	25,7	4,5	21,0	47,0	23,0	25,0	26,0	113
SII								
Idade (anos)	24,5	5,7	18,0	56,0	21,0	23,0	26,0	320
Não	24,5	5,8	18,0	56,0	21,0	23,0	26,0	284
Sim	24,7	5,3	18,0	46,0	21,3	24,0	26,0	36
Maior nota nos últimos 6 meses	9,3	0,8	6,0	10,0	9,0	9,5	10,0	320
Não	9,3	0,8	6,0	10,0	9,0	9,5	10,0	284
Sim	9,4	0,8	7,6	10,0	9,0	9,8	10,0	36
Menor nota nos últimos 6 meses	6,0	1,5	0,0	9,7	5,0	6,0	7,0	319
Não	6,0	1,5	0,0	9,7	5,0	6,0	7,0	283
Sim	6,2	1,9	0,0	9,0	5,0	6,9	7,5	36
Média das notas nos últimos 6 meses	8,0	0,8	4,0	9,7	7,5	8,0	8,5	318
Não	8,0	0,8	4,0	9,7	7,5	8,0	8,5	282
Sim	8,2	0,8	7,0	9,5	7,6	8,5	9,0	36
IBS								
Geral	10,40	14,57	0,00	81,62	0,74	4,71	13,97	230
Não	7,99	11,92	0,00	77,94	0,74	3,68	11,21	194
Sim	23,39	19,99	3,68	81,62	8,46	14,85	37,48	36
Disforia	7,99	14,15	0,00	90,63	0,00	0,00	9,38	231
Não	5,85	11,30	0,00	65,63	0,00	0,00	6,25	195
Sim	19,53	21,13	0,00	90,63	3,13	12,50	28,09	36

continua

continuação

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Interferência de atividade	9,24	15,97	0,00	82,14	0,00	3,57	10,71	231
Não	6,84	13,16	0,00	82,14	0,00	0,00	7,14	195
Sim	22,25	22,58	0,00	78,57	4,79	11,00	39,29	36
Imagem corporal	14,81	19,73	0,00	100,00	0,00	6,25	18,75	231
Não	12,10	17,57	0,00	93,75	0,00	6,25	18,75	195
Sim	29,49	24,18	0,00	100,00	12,50	25,00	48,44	36
Preocupação com a saúde	18,30	23,22	0,00	100,00	0,00	8,33	25,00	230
Não	14,78	20,62	0,00	100,00	0,00	8,33	19,00	194
Sim	37,26	27,30	0,00	100,00	16,67	33,17	56,25	36
Evitar alimentos	14,93	21,24	0,00	100,00	0,00	8,00	25,00	231
Não	12,18	18,96	0,00	100,00	0,00	0,00	16,67	195
Sim	29,85	26,48	0,00	83,33	8,08	21,00	50,00	36
Reação social	8,38	16,56	0,00	87,50	0,00	0,00	6,25	231
Não	5,60	12,16	0,00	81,25	0,00	0,00	6,25	195
Sim	23,40	26,60	0,00	87,50	0,00	12,25	43,75	36
Sexual	7,40	16,71	0,00	100,00	0,00	0,00	12,00	231
Não	5,31	13,59	0,00	87,50	0,00	0,00	0,00	195
Sim	18,72	25,60	0,00	100,00	0,00	0,00	25,00	36
Relacionamento	5,41	12,25	0,00	100,00	0,00	0,00	8,33	231
Não	4,40	10,21	0,00	100,00	0,00	0,00	8,33	195
Sim	10,89	19,30	0,00	66,67	0,00	0,00	16,92	36
IBS - Geral								
SII								
Não	7,99	11,92	0,00	77,94	0,74	3,68	11,21	194
Sim	23,39	19,99	3,68	81,62	8,46	14,85	37,48	36

continua

continuação

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Sexo								
Feminino	11,17	15,47	0,00	81,62	0,74	5,15	14,71	178
Masculino	7,89	10,71	0,00	50,74	0,74	4,00	9,56	51
Raça								
Branco	10,32	15,10	0,00	81,62	0,74	4,41	13,60	185
Pardo	9,92	11,41	0,00	50,00	0,00	6,99	14,15	26
Preto	7,50	9,22	0,00	25,00	0,00	4,00	13,97	7
Amarelo	14,42	15,43	0,74	52,21	4,96	8,46	20,29	12
IMC_class								
Baixo peso	12,04	12,55	0,00	59,00	1,00	9,00	21,00	47
Eutrofia	8,94	13,92	0,00	81,62	0,74	4,41	11,76	123
Sobrepeso	11,95	16,41	0,00	77,94	0,74	5,88	20,59	39
Obesidade	12,43	18,58	0,00	61,76	0,00	2,94	20,96	21
Ano de graduação - agregado								
1 a 4 anos	9,75	13,97	0,00	81,62	0,74	3,84	14,15	142
5 e 6 ano	11,47	15,50	0,00	77,94	1,47	6,62	13,97	88
Atividade Física								
Não	10,51	11,82	0,00	59,00	2,21	7,00	13,97	63
Sim	10,37	15,51	0,00	81,62	0,74	4,00	13,24	167
Tabagismo								
Não	10,03	14,75	0,00	81,62	0,74	4,41	12,87	193
Sim	12,35	13,59	0,00	50,74	2,21	6,00	17,46	37
Álcool								
Não	10,40	15,11	0,00	81,62	0,74	5,15	13,24	99
Sim	10,40	14,20	0,00	77,94	0,74	4,41	13,97	131
Medicação de uso contínuo								
Não	7,83	10,07	0,00	62,50	0,74	4,21	11,76	118
Sim	13,12	17,79	0,00	81,62	1,12	5,88	19,12	112

continua

continuação

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Ansiedade								
Sem ansiedade	7,54	11,72	0,00	66,18	0,00	2,57	9,67	82
Leve	10,65	14,41	0,00	81,62	1,47	5,15	13,24	83
Moderado	12,21	16,22	0,00	77,94	1,47	7,35	14,52	48
Grave	17,96	19,81	0,00	61,76	1,47	13,24	28,00	17
Depressão								
Sem depressão	3,57	5,68	0,00	24,00	0,00	0,74	4,71	37
Leve	8,90	13,26	0,00	81,62	0,74	3,68	13,97	63
Moderado	13,02	16,58	0,00	77,94	1,47	7,72	15,26	96
Grave	13,25	15,18	0,00	50,74	1,00	6,25	22,54	34
IBS - Disforia								
SII								
Não	5,85	11,30	0,00	65,63	0,00	0,00	6,25	195
Sim	19,53	21,13	0,00	90,63	3,13	12,50	28,09	36
Sexo								
Feminino	8,63	15,09	0,00	90,63	0,00	0,00	12,00	179
Masculino	5,87	10,19	0,00	46,88	0,00	0,00	9,38	51
Raça								
Branco	8,00	14,74	0,00	90,63	0,00	0,00	9,38	186
Pardo	6,73	9,52	0,00	34,38	0,00	3,06	9,38	26
Preto	3,57	6,36	0,00	15,63	0,00	0,00	9,38	7
Amarelo	13,05	16,26	0,00	43,75	0,78	4,69	27,44	12
IMC_class								
Baixo peso	10,47	12,71	0,00	53,00	0,00	6,00	18,75	47
Eutrofia	6,72	14,47	0,00	90,63	0,00	0,00	6,25	124
Sobrepeso	8,57	13,29	0,00	65,63	0,00	3,13	9,38	39
Obesidade	8,78	16,82	0,00	65,63	0,00	0,00	14,06	21

continua

continuação

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Ano de graduação - agregado								
1 a 4 anos	7,14	12,74	0,00	90,63	0,00	0,00	9,38	142
5 e 6 ano	9,34	16,14	0,00	65,63	0,00	3,13	12,50	89
Atividade Física								
Não	6,79	10,20	0,00	53,00	0,00	3,13	9,38	63
Sim	8,44	15,38	0,00	90,63	0,00	0,00	9,38	168
Tabagismo								
Não	7,69	14,12	0,00	90,63	0,00	0,00	9,38	194
Sim	9,53	14,44	0,00	59,38	0,00	3,13	14,06	37
Álcool								
Não	7,95	15,69	0,00	90,63	0,00	0,00	9,28	100
Sim	8,01	12,92	0,00	65,63	0,00	3,00	12,50	131
Medicação de uso contínuo								
Não	5,77	10,39	0,00	59,38	0,00	0,00	9,00	119
Sim	10,34	17,01	0,00	90,63	0,00	3,13	15,91	112
Ansiedade								
Sem ansiedade	5,37	10,58	0,00	65,63	0,00	0,00	6,25	83
Leve	8,04	14,96	0,00	90,63	0,00	3,00	9,38	83
Moderado	9,84	15,64	0,00	65,63	0,00	3,13	15,63	48
Grave	15,26	18,37	0,00	65,63	1,56	9,38	22,00	17
Depressão								
Sem depressão	2,45	5,39	0,00	25,00	0,00	0,00	3,13	38
Leve	6,78	14,18	0,00	90,63	0,00	0,00	9,38	63
Moderado	9,96	15,43	0,00	65,63	0,00	3,13	14,84	96
Grave	10,82	15,58	0,00	59,38	0,00	3,13	16,41	34

continua

continuação

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
IBS - Interferência de atividade								
SII								
Não	6,84	13,16	0,00	82,14	0,00	0,00	7,14	195
Sim	22,25	22,58	0,00	78,57	4,79	11,00	39,29	36
Sexo								
Feminino	9,59	16,82	0,00	82,14	0,00	3,57	10,71	179
Masculino	8,22	12,75	0,00	50,00	0,00	0,00	7,14	51
Raça								
Branco	9,10	16,27	0,00	82,14	0,00	3,57	10,71	186
Pardo	8,65	12,61	0,00	50,00	0,00	3,79	14,07	26
Preto	8,67	13,02	0,00	32,14	0,00	0,00	21,43	7
Amarelo	13,12	20,22	0,00	60,71	0,89	5,36	10,93	12
IMC_class								
Baixo peso	11,14	13,81	0,00	64,00	0,00	7,14	21,00	47
Eutrofia	7,76	15,49	0,00	82,14	0,00	0,00	7,14	124
Sobrepeso	10,81	17,43	0,00	75,00	0,00	3,57	17,86	39
Obesidade	10,88	20,25	0,00	82,14	0,00	0,00	16,07	21
Ano de graduação - agregado								
1 a 4 anos	8,71	15,29	0,00	82,14	0,00	0,00	10,71	142
5 e 6 ano	10,10	17,04	0,00	82,14	0,00	3,57	10,86	89
Atividade Física								
Não	9,47	13,84	0,00	64,00	0,00	3,57	14,29	63
Sim	9,16	16,73	0,00	82,14	0,00	1,79	10,71	168
Tabagismo								
Não	9,33	16,86	0,00	82,14	0,00	0,00	10,71	194
Sim	8,81	10,21	0,00	39,29	0,00	7,00	17,86	37

continua

<i>conclusão</i>								
Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	N
Álcool								
Não	9,59	17,22	0,00	82,14	0,00	3,57	10,71	100
Sim	8,98	15,00	0,00	82,14	0,00	3,57	10,71	131
Medicação de uso contínuo								
Não	7,22	11,81	0,00	82,14	0,00	3,57	10,71	119
Sim	11,39	19,26	0,00	82,14	0,00	3,57	13,46	112
Ansiedade								
Sem ansiedade	6,85	13,45	0,00	78,57	0,00	0,00	7,14	83
Leve	9,44	15,67	0,00	78,57	0,00	3,57	10,71	83
Moderado	10,58	17,37	0,00	82,14	0,00	3,57	13,46	48
Grave	16,21	22,47	0,00	82,14	0,00	7,14	23,50	17
Depressão								
Sem depressão	4,72	9,98	0,00	39,29	0,00	0,00	3,57	38
Leve	6,98	12,80	0,00	78,57	0,00	0,00	10,71	63
Moderado	12,58	19,84	0,00	82,14	0,00	3,57	17,86	96
Grave	9,07	12,60	0,00	42,86	0,00	3,57	12,50	34

Anexo 7 - Teste de Kolmogorov-Smirnov para normalidade

Variáveis	Teste de Kolmogorov-Smirnov		N
	z	p	
Grupo			
Idade	3,81	<0,001	320
SII			
Idade	3,47	<0,001	320
Maior nota nos últimos 6 meses	3,34	<0,001	320
Menor nota nos últimos 6 meses	1,76	0,004	319
Média das notas nos últimos 6 meses	3,43	<0,001	318
IBS			
Geral	2,96	<0,001	230
Disforia	4,29	<0,001	231
Interferência de atividade	3,86	<0,001	231
Imagem corporal	3,40	<0,001	231
Preocupação com a saúde	3,01	<0,001	230
Evitar alimentos	3,85	<0,001	231
Reação social	4,49	<0,001	231
Sexual	5,87	<0,001	231
Relacionamento	5,34	<0,001	231
IBS - Geral			
SII	2,96	<0,001	230
Sexo	3,35	<0,001	229
Raça	3,45	<0,001	230
IMC_class	2,86	<0,001	230
Ano de graduação - agregado	3,26	<0,001	230
Atividade Física	3,54	<0,001	230
Tabagismo	3,13	<0,001	230
Álcool	3,60	<0,001	230
Medicação de uso contínuo	2,77	<0,001	230
Depressao	3,18	<0,001	230
Ansiedade	2,84	<0,001	230
Multivariado final	2,58	<0,001	230
IBS - Disforia			
SII	4,29	<0,001	231
Sexo	4,11	<0,001	230
Raça	4,04	<0,001	231
IMC_class	3,99	<0,001	231
Ano de graduação - agregado	4,03	<0,001	231
Atividade Física	4,19	<0,001	231
Tabagismo	4,25	<0,001	231
Álcool	4,37	<0,001	231
Medicação de uso contínuo	3,81	<0,001	231
Depressao	4,02	<0,001	231
Ansiedade	3,61	<0,001	231
Multivariado final	3,60	<0,001	231

continua

conclusão

Variáveis	Teste de Kolmogorov-Smirnov		N
	z	p	
IBS - Interferência de atividade			
SII	3,86	<0,001	231
Sexo	4,17	<0,001	230
Raça	3,97	<0,001	231
IMC_class	3,88	<0,001	231
Ano de graduação - agregado	3,99	<0,001	231
Atividade Física	4,18	<0,001	231
Tabagismo	4,25	<0,001	231
Álcool	4,16	<0,001	231
Medicação de uso contínuo	3,75	<0,001	231
Depressao	4,00	<0,001	231
Ansiedade	3,83	<0,001	231
Multivariado final	3,15	<0,001	231

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, Agrawal A, Aziz I, Farmer AD, Eugenicos MP, Moss-Morris R, Yiannakou Y, Ford AC. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021;70(7):1214-40.
2. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016 Feb 19:S0016-5085(16)00223-7.
3. Giménez Gómez ON, Huang Liao SM. Factores psicosociales asociados al síndrome de intestino irritable en estudiantes de medicina. *Cien Invest Medico Estudiantil Latinoameri*. 2021;25(2).
4. Huang KY, Wang FY, Lv M, Ma XX, Tang XD, Lv L. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, overlap disorders, pathophysiology and treatment. *World J Gastroenterol*. 2023;29(26):4120-35.
5. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, Whitehead WE, Dumitrascu DL, Fang X, Fukudo S, Kellow J, Okeke E, Quigley EMM, Schmulson M, Whorwell P, Archampong T, Adibi P, Andresen V, Benninga MA, Bonaz B, Bor S, Fernandez LB, Choi SC, Corazziari ES, Francisconi C, Hani A, Lazebnik L, Lee YY, Mulak A, Rahman MM, Santos J, Setshedi M, Syam AF, Vanner S, Wong RK, Lopez-Colombo A, Costa V, Dickman R, Kanazawa M, Keshteli AH, Khatun R, Maleki I, Poitras P, Pratap N, Stefanyuk O, Thomson S, Zeevenhooven J, Palsson OS. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99-114.e3.
6. Midenfjord I, Borg A, Törnblom H, Simrén M. Cumulative Effect of Psychological Alterations on Gastrointestinal Symptom Severity in Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(4):769-79.
7. Qin HY, Cheng CW, Tang XD, Bian ZX. Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2014;20(39):14126-31.
8. Calderón P, Monrroy H. Clasificaciones en Gastroenterología Calidad de vida en síndrome de intestino irritable: ¿Cómo evaluarla? *Gastroenterol Latinoam*. 2017;28(1):39-42.
9. Alaqeel MK, Alowaimer NA, Alonezan AF, Almegbel NY, Alaujan FY. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome and its Association with Anxiety among Medical Students at King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences in Riyadh. *Pak J Med Sci*. 2017;33(1):33-6.
10. Frere NO, Soliman AZM, Salama HM, Wahba MO, Fouad WS. Assessment of psychological alarms and coping strategies of medical students with irritable bowel syndrome at Zagazig University: A cross-sectional study. *J Family Community Med*. 2024;31(2):107-15.
11. Baniyadi N, Dehesh MM, Mohebbi E, Hayatbakhsh Abbasi M, Oghabian Z. Assessing the sleep quality and depression-anxiety-stress in irritable bowel syndrome patients. *Arq Gastroenterol*. 2017;54(2):163-6.

12. Kim O, Cha C, Jeong H, Cho M, Kim B. Influence of Irritable Bowel Syndrome on Stress and Depressive Symptoms in Nurses: The Korea Nurses' Health Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov 24;18(23):12324.
13. Soliman M, Ahmed Qalawa S. Association between psychological upset and irritable bowel syndrome among nursing students at KSA. *IJHPM*. 2022;7(2):195-208.
14. Saddawi-Konefka D, Brown A, Eisenhart I, Hicks K, Barrett E, Gold JA. Consistency Between State Medical License Applications and Recommendations Regarding Physician Mental Health. *JAMA*. 2021;325(19):2017.
15. Liu H, Zou Y, Kan Y, Li X, Zhang Y. Prevalence and Influencing Factors of Irritable Bowel Syndrome in Medical Staff: A Meta-Analysis. *Dig Dis Sci*. 2022 Nov 1;67(11):5019-28.
16. Ribeiro LM, Alves NG, Silva-Fonseca VA, Nemer ASA. Influência da resposta individual ao estresse e das comorbidades psiquiátricas na síndrome do intestino irritável. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(2):77-83.
17. Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto T, Gurgel W, Frey BN, Kapczinski F, et al. Physician suicide demographics and the COVID-19 pandemic. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2022;44(2):124-35.
18. Canavan C, West J, Card T. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(9):1023-34.
19. Tasic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatr Danub*. 2010;22(3):418-24.
20. Sugaya N. Work-related problems and the psychosocial characteristics of individuals with irritable bowel syndrome: an updated literature review. *Biopsychosoc Med*. 2024;18(1):12.
21. Drossman DA, Chang L, Chey WD, Kellow J, Tack J, Whitehead WE. Rome IV: Diagnostic Algorithms for Common GI Symptoms. 2nd ed. Raleigh: Rome Foundation; 2016.
22. Sperber AD, Dumitrascu D, Fukudo S, Gerson C, Ghoshal UC, Gwee KA, Hungin APS, Kang JY, Minhu C, Schmulson M, Bolotin A, Friger M, Freud T, Whitehead W. The global prevalence of IBS in adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. *Gut*. 2017;66(6):1075-82.
23. Anthea P, Tiziana F, Francesca P, Pierre E. Prevalence, Behaviours and Burden of Irritable Bowel Syndrome in Medical Students and Junior Doctors. *Ulster Med J*. 2021;90(1):16-21.
24. Quiroga-Castañeda PP, Berrios-Villegas I, Valladares-Garrido D, Vera-Ponce VJ, Zila-Velasque JP, Pereira-Victorio CJ, Valladares-Garrido MJ. Irritable Bowel Syndrome in medical students at a Peruvian university: a cross-sectional study. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1341809.
25. Ramírez-Amill R, Torres EA. Prevalence of Irritable Bowel Syndrome among Medical Students of Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 2021 Mar;40(1):38-44.

26. Vasquez-Rios G, Machicado JD, Ticse R, Ruiz EF, Gamero MT, Pezua A, Marcos LA, Tagle M. Stress and a sedentary lifestyle are associated with irritable bowel syndrome in medical students from Peru: a cross-sectional study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2019;31(11):1322-7.
27. Pedreira M, Carneiro A, Dunningham W, Pinho STR, Aguiar WM. Prevalência de síndrome do intestino irritável em estudantes de medicina. *Ver Bras Neuro Psiquiatr*. 2013;17(2):51-3.
28. Barbosa CMM, Palumbo R, De Souza GC, De Vasconcelos ASO, Braga AC, Canuto AMM, Gomes BUM, Rocha GBS, Vasconcelos IM, Soares ERA, Paiva AO. Prevalência e influência da sintomatologia da síndrome do intestino irritável em estudantes de medicina. *Braz J Health Review*. 2024;7(1):6489-98.
29. Besson JCF, Colombo ICR, Oliveira EA de, Silva NCF. Síndrome do intestino irritável no contexto de estresse crônico vivenciado pelos estudantes de medicina. *Rev Contemporânea*. 2025;5(3):e7748.
30. Alzahrani MA, Alamri HA, Alshehri MA, Ayyashi MM, Alqarni SA, Alshehri SH, Alshehri MS, Alqahtani MM, Alasmari NH, Alsabban AM, Alshahrani AS. Assessing the relationship between burnout syndrome and irritable bowel syndrome among medical health providers and medical students in Saudi Arabia. *J Med Life*. 2023;16(2):277-83.
31. Ghamdi SAI, Faisal A, Abdullah A, Ahmad B, Abdulaziz A, Abdulrahman T, Abdulrahman R, Saleh S, Abdullah Q, Mohammed BO, Bandar Q, Sahal BJ, Charanjit A. A study of impact and prevalence of irritable bowel syndrome among medical students. *Int J Med Medical Sci*. 2015;7(9):139-47.
32. Balbinot RA, Caran JZ, , Rocha NL, Soldera J, Debortoli F, Balbinott RA. Síndrome do intestino irritável e constipação intestinal funcional em acadêmicos de medicina. *Gastroenterol Endosc. Dig*. 2008;27(6):157-62.
33. Ibrahim NK. A systematic review of the prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome among medical students. *Turk J Gastroenterol*. 2016 Jan;27(1):10-6.
34. Seger S, Nasharuddin NNB, Fernandez SL, Yunus SRBM, Shun NTM, Agarwal P, Burud I. Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among medical students in a Malaysian private university: a cross sectional study. *Pan Afr Med J*. 2020;37:151.
35. Enck P, Aziz Q, Barbara G, Farmer AD, Fukudo S, Mayer EA, Niesler B, Quigley EM, Rajilić-Stojanović M, Schemann M, Schwille-Kiuntke J, Simren M, Zipfel S, Spiller RC. Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16014.
36. Cavalcante JPR, Damasceno RPB, Freitas EC de, Oliveira GR, Silva PAN da, Barbosa LCG, Passos XS, Gomes AC. Ocorrência de ansiedade e depressão em pacientes com síndrome do intestino irritável: revisão sistemática com meta-análise. *Braz J Health Review*. 2020;5(1):410-20.
37. ond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J, Roger M, Tamouza R, Leboyer M, Boyer L. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264(8):651-60.

38. Jayasinghe M, Damianos JA, Prathiraja O, Oorloff MD, Nagalmulla K GM, Nadella A, Caldera D, Mohtashim A. Irritable Bowel Syndrome: Treating the Gut and Brain/Mind at the Same Time. *Cureus*. 2023;15(8):e43404.
39. Lacy BE, Patel NK. Rome Criteria and a Diagnostic Approach to Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med*. 2017;6(11):99.
40. Lacy BE, Patel H, Guérin A, Dea K, Scopel JL, Alaghband R, Wu EQ, Mody R. Variation in Care for Patients with Irritable Bowel Syndrome in the United States. *PLoS One*. 2016;11(4):e0154258.
41. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, Moshiree B. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):17-44.
42. Lacy BE, Everhart KK, Weiser KT, DeLee R, Strobel S, Siegel C, Crowell MD. IBS patients' willingness to take risks with medications. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(6):804-9.
43. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. 2000;119(3):654-60.
44. Viegas AIS. Prevalência da síndrome do intestino irritável nos alunos de medicina da Universidade de Coimbra. 2010. Dissertação (Mestrado em Gastroenterologia). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2010.
45. Liu Y, Liu L, Yang Y, He Y, Zhang Y, Wang M, Chen S, Yao S. A school-based study of irritable bowel syndrome in medical students in Beijing, China: prevalence and some related factors. *Gastroenterol Res Pract*. 2014;2014:124261.
46. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36.
47. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LS, Silva NT, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-43.
48. Souza R de, Feitosa FB, Rodríguez TDM, Missiatto LAF. Rastreamento de sintomas de depressão em policiais penais: estudo de validação do PHQ-9. *Revista Brasileira Multidisciplinar*. 2021;24(2):180-90.
49. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006 May 22;166(10):1092-7.
50. Moreno AL, DeSousa DA, Souza AMFLP, Manfro GG, Salum GA, Koller SH, Osório FL, Crippa JAS. Factor Structure, Reliability, and Item Parameters of the Brazilian-Portuguese Version of the GAD-7 Questionnaire. *Temas Psicol*. 2016;24(1):367-76.
51. de Farias Leite M, Faro A. Evidence of validity of the GAD-7 Scale in brazilian adolescents. *Psico-USF*. 2022;27(2):345-56.

52. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci*. 1998;43(2):400-11.
53. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-13.
54. Sapra A, Bhandari P, Sharma S, Chanpura T, Lopp L. Using Generalized Anxiety Disorder-2 (GAD-2) and GAD-7 in a Primary Care Setting. *Cureus*. 2020;12(5):e8224.
55. Wooldridge JM. *Introductory Econometrics: A Modern Approach*. 3rd. ed. Cincinnati: South-Western; 2006.
56. Pontet Y, Olano C. Prevalencia de síndrome de intestino irritable en América Latina. *Rev Gastroenterol Peru*. 2021;41(3):144-9.
57. Spillebout A, Dechelotte P, Ladner J, Tavalacci MP. Mental health among university students with eating disorders and irritable bowel syndrome in France. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2019 Sep;67(5):295-301.
58. United Nations Development Programme. *Human development report 2025: a matter of choice*. New York: Bernan Press; 2025.
59. Fadl AFB, Al-Towerqi AM, Alharbi AA, Kabrah D kamal, Almalki AA, Algethami BN, Albogami AM. Stress and a sedentary lifestyle are associated with irritable bowel syndrome in medical students from Saudi Arabia. *World Fam Med J*. 2022;20(1):101-8.
60. Chitkara DK, van Tilburg MA, Blois-Martin N, Whitehead WE. Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(3):765-74.
61. Alshaikh AA, Alamri SM, Riaz F, Mahmood SE, Shlwan MAM, Naser A Almuidh F, Alshahrani OAS, Asiri MAM, Almuaddi ASH, Al Qasim NYY, AlJebrael MAM, Ghazy RM. Exploring the burden of irritable bowel syndrome among university students in Saudi Arabia: A study on prevalence, psychological associations, and well-being. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(19):e38099.
62. Whitehead WE, Bosmajian L, Zonderman AB, Costa PT Jr, Schuster MM. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology*. 1988 Sep;95(3):709-14.
63. Zhao J, Li X, Yang J, Hao X, Tian J, Wang X, Wang X, Li N, Li Z. Prevalence of and factors associated with symptoms consistent with a diagnosis of irritable bowel syndrome among resident physicians in standardised training in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023 Dec 18;13(12):e079874.
64. Brizuela Quintanilla RA. Síndrome de intestino irritable. *Rev Cub Med Mil*. 1997;26(1):63-8.
65. Buono JL, Carson RT, Flores NM. Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):35.

66. Frändemark Å, Törnblom H, Jakobsson S, Simrén M. Work Productivity and Activity Impairment in Irritable Bowel Syndrome (IBS): A Multifaceted Problem. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(10):1540-9.
67. Andrae DA, Patrick DL, Drossman DA, Covington PS. Evaluation of the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL) questionnaire in diarrheal-predominant irritable bowel syndrome patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:208.
68. Drossman D, Morris CB, Hu Y, Toner BB, Diamant N, Whitehead WE, Dalton CB, Leserman J, Patrick DL, Bangdiwala SI. Characterization of health related quality of life (HRQOL) for patients with functional bowel disorder (FBD) and its response to treatment. *Am J Gastroenterol*. 2007;102(7):1442-53.

RESUMO

Introdução: a Síndrome do Intestino Irritável (SII) afeta 8,3% da população global e acredita-se que sua etiologia esteja associada com fatores psicossociais. Em estudantes de medicina estima-se a prevalência de 7,8% a 36,6% devido aos diversos fatores estressores. Ademais, observa-se uma ascensão das doenças mentais, especialmente na área da saúde com número crescente de Burnout e suicídio, o que pode estar relacionado com a presença da SII. **Objetivo:** Definir a prevalência de SII em estudantes de medicina e sua correlação com depressão e ansiedade e seu impacto na qualidade de vida. **Método:** Estudo transversal prospectivo realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e Universidade Anhembi Morumbi (UAM). Coleta de respostas voluntárias em questionário online RedCap enviado por e-mail entre outubro e novembro de 2024 para acadêmicos de medicina. Incluído perfil epidemiológico da amostra, diagnóstico de SII (Critérios de Roma IV) e ansiedade e depressão (questionários PHQ-9 e GAD-7) e índices de qualidade de vida (IBS-QOF). Análise estatística: teste qui-quadrado de Pearson, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, Kolmogorov-Smirnov, Hosmer e Lemeshow, p -valor $< 0,05$. CEP: 5.816.332 e 6.960.457. **Resultados:** 320 questionários incluídos. Fecharam critérios para SII 36 alunos, maioria mulheres (88,9% *versus* 67,1%, $p = 0,008$) e alunos de cor amarela (13,9% *versus* 3,5%, $p = 0,008$). Verificaram-se distribuições distintas de falta nas atividades na faculdade por conta de dor abdominal ou desconforto abdominal (52,8% *versus* 32,7%, $p = 0,018$), de três faltas mensais nas atividades por conta de dor abdominal (8,3% *versus* 1,4%, $p = 0,014$), de piora dos sintomas abdominais próximos de provas ou após situações de stress (97,2% *versus* 50,4%, $p < 0,001$). A prevalência de depressão e ansiedade foi de 233 (72,8%) e 182 (56,1%) respectivamente, sem correlação com a prevalência de SII. Entretanto, estas condições geraram piora no IBS-QOF. A avaliação da qualidade de vida demonstrou grande impacto negativo da SII sobre os domínios de maneira significativa, exceto a categoria “medo de se relacionar”, que não apresentou relação. **Conclusão:** A SII traz prejuízos aos estudantes de medicina e deve ser incorporada à formação médica não apenas sob o viés técnico, mas também como ferramenta de autocuidados e promoção de saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Irritable Bowel Syndrome (IBS) affects 8.3% of the global population and its etiology is believed to be associated with psychosocial factors. Among medical students, the estimated prevalence ranges from 7.8% to 36.6% due to the numerous stressors present in this group. In addition, there has been an increase in mental health disorders, particularly in the healthcare field, with a growing number of cases of burnout and suicide, which may be associated with the presence of IBS. **Objective:** To determine the prevalence of IBS among medical students and its correlation with depression and anxiety, as well as its impact on quality of life. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted at the Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) and Universidade Anhembi Morumbi (UAM). Voluntary responses were collected through an online RedCap questionnaire sent by email between October and November 2024 to medical students. The questionnaire included the epidemiological profile of the sample, IBS diagnosis (Rome IV Criteria), anxiety and depression assessment (PHQ-9 and GAD-7 questionnaires), and quality of life indices (IBS-QOF). **Statistical analysis:** Pearson's chi-square test, Mann–Whitney test, Kruskal–Wallis test, Kolmogorov–Smirnov test and Hosmer e Lemeshow test were applied. A p-value < 0.05 was considered statistically significant. CEP: 5.816.332 and 6.960.457. **Results:** A total of 320 questionnaires were included. Thirty-six students met the criteria for IBS, the majority being women (88.9% versus 67.1%, $p = 0.008$) and students of Asian ethnicity (13.9% versus 3.5%, $p = 0.008$). Distinct distributions were observed regarding absence from academic activities due to abdominal pain or abdominal discomfort (52.8% versus 32.7%, $p = 0.018$), three monthly absences from academic activities due to abdominal pain (8.3% versus 1.4%, $p = 0.014$), and worsening of abdominal symptoms close to examinations or after stressful situations (97.2% versus 50.4%, $p < 0.001$). The prevalence of depression and anxiety was 233 (72.8%) and 182 (56.1%), respectively, without correlation with IBS prevalence. However, these conditions were associated with worsening IBS-QOF scores. The evaluation of quality of life demonstrated a significant negative impact of IBS on most domains, except for the category “fear of relationships,” which did not show an association. **Conclusion:** IBS negatively affects medical students and should be incorporated into medical education not only from a technical perspective but also as a tool for self-care and the promotion of mental health.

LISTAS DE FIGURAS

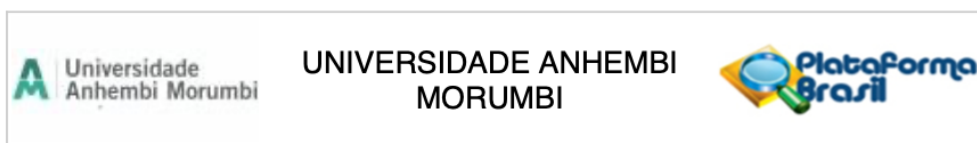
FIGURA 1.	Prevalência de Síndrome do intestino irritável segundo Roma IV [Fonte: adaptado de Huang et al. ⁴].	2
FIGURA 2.	Patologia da Síndrome do Intestino Irritável no Intestino [Fonte: adaptado de Huang et al. ⁴].	4
FIGURA 3.	Interação eixo intestino cérebro na SII [Fonte: adaptado de Calderón et al. ⁸].	5
FIGURA 4.	Conceituação biopsicossocial da patogênese, experiência clínica e efeitos de distúrbios gastrointestinais graves. DGIF: distúrbios gastrointestinais funcionais [Fonte: adaptado de Drossman ²].	7
FIGURA 5.	Fluxograma de alunos incluídos no estudo.	15
FIGURA 6.	Fluxograma de alunos com dor abdominal.	22
FIGURA 7.	Domínios avaliados pelo IBS-QOF e seus impactos na qualidade de vida [Fonte: adaptado de Andrae et al. ⁶⁷].	44

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1.	Características dos alunos por ano de graduação.	17
TABELA 2.	Características demográficas e clínicas por SII pelos critérios de Roma IV ²¹	19
TABELA 3.	Medidas-resumo das notas e IBS-geral e domínios por SII.	23
TABELA 4.	Resultados dos modelos de regressões logísticas univariadas e multivariadas para SII.	26
TABELA 5.	Medidas-resumo do escore de IBS-geral por características dos alunos.	28
TABELA 6.	Resultados dos modelos de regressões lineares univariados e multivariados para IBS-geral.	30
TABELA 7.	Medidas-resumo do escore de IBS-disforia por características dos alunos.	32
TABELA 8.	Resultados dos modelos de regressões lineares univariados e multivariados para IBS-disforia.	34
TABELA 9.	Medidas-resumo do escore de IBS-interferência de atividade por características dos alunos.	36
TABELA 10.	Resultados dos modelos de regressões lineares univariados e multivariados para IBS-interferência de atividade.	38

APÊNDICES

Apêndice 1 - Aprovação do estudo pelo comitê de Ética em Pesquisa Anhembi Morumbi



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Síndrome do Intestino Irritável: Qual sua prevalência e seu impacto emocional e na qualidade de vida dos estudantes de medicina?

Pesquisador: Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 62923722.0.0000.5492

Instituição Proponente: ISCP - SOCIEDADE EDUCACIONAL S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.525.045

Apresentação do Projeto:

Pesquisadores se propõem a compreender a prevalência da SII em estudantes de medicina de diferentes anos, e correlacionar a sua prevalência com desordens neurológicas de ansiedade e depressão, assim como definir quais os impactos e suas consequências no cotidiano dos estudantes de medicina em uma Universidade localizada no centro da cidade de São Paulo, Brasil. Para isto, serão aplicados questionários seguindo os critérios de ROMA IV, questionários para diagnóstico de depressão e ansiedade, PHQ 2 e GAD2, respectivamente e questionário de qualidade de vida. Os dados serão comparados de acordo com o semestre que o aluno está cursando.

É um projeto com condições de realização, claramente definido em termos metodológicos e logísticos, caracterizando exequibilidade na proposta.

Pesquisadores gostaria de formalizar a inclusão de Centro em Estudo.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o arquivo denominado "Trabalho_SII", página 03:

"O objetivo primário deste estudo é definir a prevalência de SII em estudantes de medicina da Universidade Anhembi Morumbi campus Mooca na cidade de São Paulo, Brasil.

O objetivo secundário destina-se em correlacionar os primeiros resultados com os níveis

Endereço: Rua Dr. Almeida Lima, 1.134

Bairro: Mooca

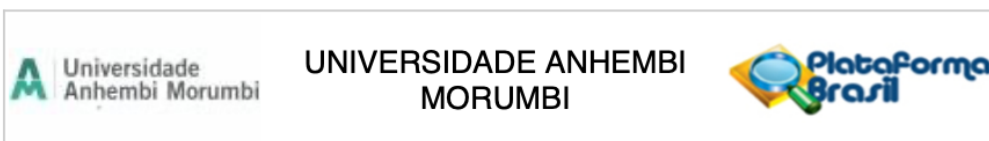
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2790-4658

CEP: 03.164-000

E-mail: cep.uam@animaeducacao.com.br



Continuação do Parecer: 6.525.045

de estresse e ansiedade neste grupo, bem como sua qualidade de vida e abstenção nos estudos. Para tal, será realizado um estudo transversal, onde será aplicado um questionário online para todos acadêmicos do primeiro ao sexto ano de graduação em Medicina da Universidade Anhembi Morumbi, Campus Mooca, em São Paulo, Brasil. No questionário online será atribuída a identificação, dados demográficos, hábitos de vida, indagando sintomas de estresse, ansiedade e depressão, uso de medicações (tabela 2), bem como os critérios diagnósticos para SII baseado nos critérios de Roma IV (tabela 3), questionários para diagnóstico de depressão e ansiedade, PHQ2 e GAD2 (tabela 4) e índices de qualidade de vida (tabela 5)."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No arquivo denominado "Termo_de_Consentimento", página 01:

"Os riscos envolvidos com sua participação são quebra de sigilo e aborrecimento com as perguntas realizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Pesquisa aprovada.

Pesquisadores gostaria de formalizar a inclusão de Centro em Estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Pesquisa aprovada.

Pesquisadores gostaria de formalizar a inclusão de Centro em Estudo.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Dr. Almeida Lima, 1.134

Bairro: Mooca

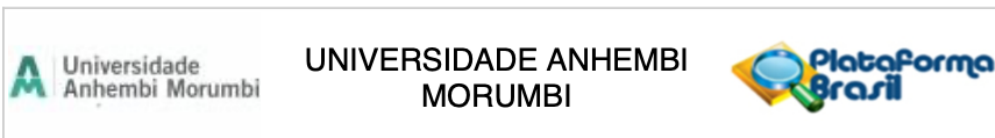
CEP: 03.164-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2790-4658

E-mail: cep.uam@animaeducacao.com.br



Continuação do Parecer: 6.525.045

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2231356_E1.pdf	30/10/2023 12:06:06		Aceito
Outros	Inclusao_estudo_multicentrico.pdf	30/10/2023 12:04:01	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_ModificacaoCEP.pdf	30/10/2023 11:59:38	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.pdf	30/10/2023 11:57:44	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Trabalho_SII.pdf	29/08/2022 22:32:04	JULIA MARCONDES BARBOZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_autorizacao.pdf	29/08/2022 22:24:24	JULIA MARCONDES BARBOZA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rostro.pdf	10/08/2022 21:50:40	JULIA MARCONDES BARBOZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Novembro de 2023

Assinado por:
CARLOS ROCHA OLIVEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Almeida Lima, 1.134

Bairro: Mooca

UF: SP

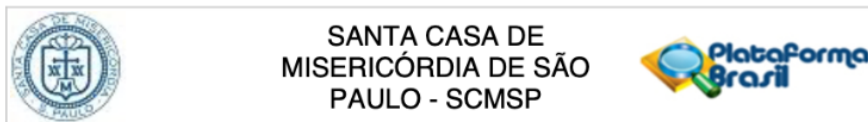
Telefone: (11)2790-4658

Município: SAO PAULO

CEP: 03.164-000

E-mail: cep.uam@animaeducacao.com.br

Apêndice 2 - Aprovação do estudo pelo comitê de Ética em Pesquisa Santa Casa de Misericórdia de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Síndrome do Intestino Irritável: Qual sua prevalência e seu impacto emocional e na qualidade de vida dos estudantes de medicina?

Pesquisador: Tercio De Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62923722.0.2001.5479

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.960.457

Apresentação do Projeto:

Será realizado um estudo transversal, de modalidade inquérito, onde será aplicado um questionário online para todos os acadêmicos do primeiro ao sexto ano de graduação em Medicina da Universidade Anhembi Morumbi campus Mooca e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, localizadas na cidade de São Paulo, Brasil. A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é um distúrbio funcional do trato digestivo, onde a prevalência mundial varia entre 3% a 25%, sendo no Brasil de 12% e a americana 15%. Essa síndrome traz forte impacto na qualidade de vida e funcionalidade dos indivíduos, em particular nos estudantes de medicina, um grupo fortemente vulnerável em nível variado de estresse e ansiedade por conta da alta carga de estudos e responsabilidades. Estima-se que a prevalência de SII desta população seja em torno de 9,3% - 35,5%.

Objetivo da Pesquisa:

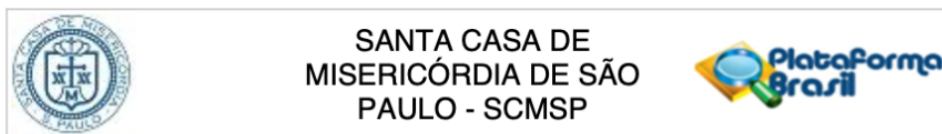
O objetivo primário deste estudo é definir a prevalência de SII em estudantes de medicina da Universidade Anhembi Morumbi campus Mooca e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, localizadas na cidade de São Paulo, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Estudo observacional, onde toda pesquisa envolvendo seres humanos existem riscos, sendo

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



Continuação do Parecer: 6.960.457

quebra de sigilo com vazamentos de informações dos dados colhidos durante a análise dos mesmos, perda da confiabilidade e aborrecimento com perguntas realizadas uma vez que os questionários envolvem perguntas de cunho emocional, social e psíquico.

Benefícios:

Identificar a epidemiologia da Síndrome do intestino Irritável, especialmente em estudantes de medicina, associando fatores emocionais, de ansiedade, de estresse e de depressão. A partir disso, pode buscar medidas preventivas para a Síndrome de Bornout e reduzir a taxa de suicídio em geral para a população de medicina.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Realiza alteração no TCLE como solicitado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentado carta de autorização da Universidade Anhembí Morumbi campus mooca, para realização do projeto.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2252049.pdf	04/07/2024 11:55:30		Aceito
Outros	carta_autorizacao_atualizada.pdf	04/07/2024 11:52:28	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2252049.pdf	24/06/2024 14:04:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TCLE.pdf	24/06/2024 14:03:37	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_5816332_ANHEMBI.pdf	24/06/2024 14:00:32	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO - SCMSP**



Continuação do Parecer: 6.960.457

Outros	carta_de_autorizacao.pdf	24/06/2024 13:58:36	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Outros	carta_de_autorizacao.pdf	24/06/2024 13:58:36	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2252049.pdf	20/05/2024 12:23:13		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_melhor_qualidade.pdf	20/05/2024 12:16:51	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_melhor_qualidade.pdf	20/05/2024 12:16:51	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_ModificacaoCEP_Santa_Casa_PlataformaBrasil.pdf	27/03/2024 23:25:35	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/03/2024 23:18:52	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Outros	formulario_de_autorizacoes.pdf	27/03/2024 23:16:41	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Outros	Parecer_comissao_cientifica.pdf	27/03/2024 23:15:25	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Orçamento	formulario_de_orcamento.pdf	27/03/2024 23:14:38	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	formulario_de_compromisso.pdf	27/03/2024 23:13:25	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito
Outros	Inclusao_estudo_multicentrico.pdf	30/10/2023 12:04:01	Aline Celeghini Rosa Vicente da Frota	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SÃO
PAULO - SCMSP



Continuação do Parecer: 6.960.457

SAO PAULO, 22 de Julho de 2024

Assinado por:
Guilherme do Val Sella
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Cesário Mota Junior, 112 - Enfermaria de apoio, 1º andar, Sala 1 - Hospital Central - CEP 01221-
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-020
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7711 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br

Apêndice 3 - Trabalho apresentado como parte da casuística deste estudo



Certificamos que o trabalho

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL: QUAL SUA PREVALÊNCIA E SEU IMPACTO EMOCIONAL E NA QUALIDADE DE VIDA DOS ESTUDANTES DE MEDICINA?

dos autores: ALINE CELEGHINI ROSA VICENTE DA FROTA; JÚLIA ASTOLFI DOS REIS; JÚLIA MARCONDES BARBOZA; TÉRCIO DE CAMPOS, foi apresentado, na modalidade Pôster Eletrônico, no evento Gastrão 2024 ocorrido de 26 a 28 de junho de 2024 no Centro de Convenções Rebouças em São Paulo/SP.

São Paulo, 28 de junho de 2024

Para validar, acesse <http://www.ccmcongressos.com.br/validacao/?cod=69880587>

DR. LUIZ AUGUSTO CARNEIRO
Presidente do Gastrão 2024

DR. EDUARDO GUIMARÃES HOURNEAUX DE MOURA
Diretor Geral Endoscopia

Gerenciamento:

