

Avaliação da Qualidade de Vida em Portadores de Globus

Assessment of the Quality of Life in Patients with Globus

Lara Matara Ferreira Miquelin, Luciana Camacho-Lobato

Disciplina de Gastroenterologia – Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Resumo Objetivo: Identificar alterações na qualidade de vida (QV) de portadores de globus isolado e em associação à doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Método: Oitenta e cinco pacientes portadores de globus foram identificados na database e/ou atendidos no Ambulatório do Setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia, UNIFESP) no período de junho a dezembro de 2005. Foram convidados a participar deste estudo os que não apresentavam os fatores de exclusão, tais como, ausência do sintoma, presença de doenças orgânicas capaz de causar este sintoma e cirurgias prévias da cabeça e pescoço e/ou antirrefluxo. Nesse caso, 37 pacientes foram posteriormente excluídos ou por abandono do estudo (N=14/38%), por não apresentarem mais globus (N= 8/22%) ou por outro fator de exclusão (N= 15/40%). Os 48 pacientes remanescentes foram distribuídos em dois grupos quanto a etiologia do globus: G1- (N=21) Funcional: Critérios Diagnósticos de Roma II e G2- (N=27) Orgânica: em associação a DRGE. A QV foi avaliada através da versão traduzida para a língua portuguesa-brasileira do Instrumento Genérico SF-36. Resultados: Foram observadas alterações principalmente nos domínios saúde mental, vitalidade e aspectos emocional e social em ambos os grupos estudados. Entretanto, apenas aspectos sociais e saúde mental apresentaram diferença significativa entre os grupos (P=0,039 e P-0,028, respectivamente). Conclusão: A presença de globus isoladamente ou em associação à DRGE pode acarretar comprometimento da qualidade de vida de seus portadores. Este achado é um indício de que globus pode ser caracterizado como uma desordem de impacto sobre a saúde e deve ser valorizada pelo profissional da saúde, principalmente no que tange a implementação de medidas terapêuticas.

Palavras-chave *Globus hystericus*; refluxo gastroesofágico; qualidade de vida

Abstract To identify changes in the quality of life of patients with functional Globus (Rome II), and in association with Gastroesophageal reflux disease (GERD). Method: A total of 85 patients with Globus were identified in the database and / or treated at the Outpatient Department of Digestive Motility (Department of Gastroenterology, UNIFESP) in the period of June to December 2005. Individuals who did not have the exclusion factors such as no symptoms, presence of organic diseases which could cause this symptom and previous surgery of the head and neck and / or antireflux were invited to participate in the study In this case, 37 patients were excluded later or abandoned the study (N = 14/38%), because they no longer have Globus (N = 8 / 22%) or due to another exclusion factor (N = 15/40%). Forty eight remaining patients were divided into two groups according to the etiology of Globus G1 (N=21): Functional Diagnostic criteria of Rome-II and G2 (N=27) in association with organic-GERD. QoL was assessed using the version translated into Brazilian-Portuguese of generic SF-36 instrument. Results: Alterations were observed mainly in the domains of mental health, vitality, and emotional and social aspects in both groups. However, only social and mental health showed a significant difference between both groups (P = 0.039 and P-0.028, respectively). Conclusion: Only the presence of Globus or in combination with GERD can impair the quality of life of the individuals. This finding is an indication that Globus can be characterized as a great health disorder and should be valued by health professionals, especially regarding the implementation of therapeutical measures

Keywords *Globus Hystericus*; Gastroesophageal Reflux; Quality of Life.

Não há conflito de interesse

Introdução

Globus definido como sensação persistente ou intermitente, não dolorosa, de bola, aperto, engasgo ou de algo preso ou aderido à garganta, de aparecimento fora das refeições e não associado a disfagia é, em geral, sintoma pouco valorizado pela clínica médica, sendo desde a sua descrição nos Tratados de Hipócrates (século V a.c) associado ao sexo feminino e a histeria^{1,2}. A etiologia do globus é ainda desconhecida, entretanto parece ser multifatorial³ e controversa variando ao longo dos anos de vertente histérica para orgânica e vice-versa. Dentre os partidários da etiologia “histérica” acreditam ser este sintoma a materialização de idéias, comportamentos e desejos reprimidos^{4,5}, ou ainda, indicadores de doenças nervosas ou desordens de conversão. Outros aspectos mencionados dizem respeito à presença de alterações de base psicológica, incluindo estados ansiosos, depressivos, comportamentos obsessivos/introvertidos, estresse e hipocondria³. Do ponto de vista orgânico, destacam-se a Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), desordens da atividade contrátil da faringe e dos esfíncteres esofágico superior e inferior ou do corpo do esôfago, hipersensibilidade visceral e tensão excessiva sobre a laringe e faringe⁶⁻⁸.

Segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II⁹, globus é uma das seis desordens funcionais do esôfago (Globus, síndrome de ruminação, dor torácica funcional de presumida origem esofágica, pirose funcional, disfagia funcional e desordem funcional esofágica não especificada), sendo considerado funcional, quando nenhuma etiologia orgânica é detectada. Afeta 45% da população geral¹⁰, no Brasil, estudo populacional revela incidência de 12% da doença^{7,11}. As mulheres são duas vezes mais acometidas em relação ao gênero masculino. Além disso, não há limite de idade para o surgimento do Globus, entretanto é raro ocorrência nas duas primeiras décadas de vida¹². A sensação de corpo estranho na garganta torna-se mais evidente ao engolir saliva e desaparece na ingestão de alimentos. O estresse pode ser fator agravante, e os pacientes podem ter esses sintomas por um longo período antes de apresentar a clínica para otorrinolaringologia¹⁰.

Qualidade de vida associada à saúde abrange capacidade física e mental, além da experiência subjetiva do indivíduo em relação à saúde¹³. A importância de avaliar a qualidade de vida é mundialmente reconhecida, por melhorar a avaliação do médico em relação ao estado de saúde real do paciente, sendo útil nas intervenções terapêuticas¹⁴. Essa é uma área de pesquisa, que tem sido pouco avaliada em relação às desordens gastrointestinais funcionais (DGFs).

Nas últimas décadas, os critérios de avaliação do impacto de uma determinada doença sobre a saúde foram reestruturados de forma a incluir os parâmetros de qualidade de vida. Desta forma, deixou-se simplesmente de analisar critérios médicos para avaliar também a opinião do paciente sobre o seu estado de saúde. Atualmente reconhece-se cada vez mais que o que realmente importa para o portador de doenças crônicas é o quanto ele é capaz de executar suas funções e como ele se sente no seu dia-a-dia. Sendo assim, atualmente inclui-se entre os objetivos terapêuticos, a melhoria da qualidade de vida do paciente^{15,16}.

Dentre as 25 desordens funcionais descritas pelos Critérios Diagnósticos de Roma II para adultos e crianças, apenas a Síndrome do Intestino Irritável (SII) e a dispepsia funcional, tiveram seu impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes avaliados¹⁷. Entretanto, são escassos os estudos que avaliam o impacto do Globus na qualidade de vida da população em geral e desse modo, este estudo teve como objetivo identificar possíveis alterações na qualidade de vida de portadores de Globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II e Globus em associação a DRGE.

Metodologia

Inicialmente foram selecionados 85 pacientes portadores de globus, identificados no banco de dados e/ou atendidos no Ambulatório do Setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia, UNIFESP) no período de junho a dezembro de 2005, sendo convidados a participar deste estudo aqueles que não apresentavam os fatores de exclusão (ausência do sintoma, presença de doenças orgânicas capazes de causar este sintoma e cirurgias prévias da cabeça e pescoço e/ou anti-refluxo). Posteriormente, 37 foram excluídos ou por não terem comparecido às consultas previamente agendadas (N=14/38%), por não apresentarem mais globus (N= 8/22%) ou por outro fator de exclusão (N= 15/40%).

Desse modo, a casuística foi composta de 48 pacientes distribuídos em dois grupos sendo classificados de acordo com os critérios clínicos e exames complementares. Grupo 1 (G1) etiologia funcional - 21 portadores de Globus com média de idade 49,1±9,2 anos e prevalência do sexo feminino (85,7%) e Grupo 2 (G2) – 27 indivíduos com Globus como manifestação supra-esofágica da DRGE, média de idade de 49,2±12,6 anos e também predominância do sexo feminino (77,8%).

De acordo com os critérios clínicos, para G1, foram adotados os Critérios Diagnósticos de Roma II⁹, incluindo presença dos sintomas de globus por pelo menos 12 semanas consecutivas ou não nos últimos 12 meses; sensação persistente ou intermitente de bola ou corpo estranho na garganta; ocorrência destas sensações entre as refeições; ausência de disfagia; ausência de refluxo gastroesofágico patológico; acalasia ou outras desordens motoras com reconhecida base orgânica como por exemplo, o acometimento secundário do esôfago pela esclerose sistêmica.

Para G2, foram considerados portadores de DRGE, pacientes com história clínica, nos quais os sintomas dominantes incluíam pirose e/ou regurgitação ácida com frequência de no mínimo três vezes por semana como descrito por Klauser et al.¹⁸ ou na presença de pHmetria e/ou endoscopia digestiva alta positiva de acordo respectivamente com os valores de referência desenvolvidos no Setor de Motilidade Digestiva (Disciplina de Gastroenterologia, UNIFESP – Escola Paulista de Medicina - EPM) em indivíduos normais¹⁹ e a Classificação de Los Angeles²⁰. Considerou-se critérios de exclusão ausência de sintoma no momento da avaliação, ter incapacidade de comunicação, doenças mentais, drogadição e/ou alcoolismo que impossibilitasse responder adequadamente os instrumentos da pesquisa, apresentar alterações orgânicas subjacentes,

possivelmente associadas à sensação de bola e/ou pressão no pescoço (tumores da região cervical; bócio, nódulos e ou cistos de tireóide; nódulo linfático, hipertrofia de tonsila faríngea, hipertrofia lingual; tumoração para-esofágica, osteófitos cervicais, xerostomia, entre outros), história de cirurgia prévia de cabeça e pescoço, palatinas e/ou anti-refluxo ou gastrectomias parciais ou totais e recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Pós-Informado.

A avaliação da qualidade de vida foi realizada através de aplicação de entrevista com instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida (SF-36) devidamente traduzido, adaptado e validado para o uso na população Brasileira²¹. Nesse caso, foi verificado o comprometimento de seis dos oito domínios do SF-36 para o primeiro grupo (aspecto físico, dor, estado geral de saúde, aspecto emocional, aspecto social e saúde mental) e quatro dos oito domínios (aspecto físico, dor, aspecto emocional e saúde mental) para o segundo grupo. Para a interpretação do SF-36 foram adotadas as regras do manual de interpretação deste instrumento, sendo considerado clinicamente significativas, variações de escore iguais ou superiores a 5 unidades dentro do domínio avaliado²². Foram considerados valores de referência para esta comparação os dados de 2.474 indivíduos normais norte-americanos²³. Todos os indivíduos foram informados e assinaram Termo de Consentimento Livre-Esclarecido, conforme determinação do Comitê de Ética do Hospital São Paulo – UNIFESP (Processo número: 1190/04). A análise estatística foi realizada com auxílio do software SPSS 17 (*Statistical Package for the Social Sciences*) e uso dos testes exato de Fisher, Qui-Quadrado, One way ANOVA e Mann-Whitney. Sendo considerado diferenças estatisticamente significantes para $P < 0,05$.

Resultados

Os dados demográficos dos 48 pacientes, referentes aos grupos globus funcional (G1) e globus com DRGE (G2) não mostraram diferença estatisticamente significativa quanto às variáveis sexo, idade, situação conjugal, morar sozinho, escolaridade, anos de estudo e renda familiar ($P > 0,05$ para todas as comparações), demonstrando a homogeneidade da casuística. A duração média do sintoma globus foi de $10,5 \pm 2,5$ meses para G1 (Critérios de Roma II) e de $8,6 \pm 4,4$ meses para G2 ($P > 0,05$).

Os resultados dos oito domínios (Capacidade Funcional, Aspecto Físico, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspecto Social, Aspecto Emocional e Saúde Mental), integrantes do instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 e dos 2 componentes (físico e mental) para os dois grupos estudados, estão apresentados na Tabela 1. Notou-se que a presença de globus reduziu qualidade de vida dos seus portadores, seja na sua apresentação isolada ou em associação a DRGE principalmente no que tange a vitalidade, aspecto social e saúde mental. Esta redução é significativamente menor no grupo globus de acordo com os Critérios Diagnósticos de Roma II (G1) para o domínio aspecto social ($P = 0,039$) e saúde mental (0,028). A Figura 1 apresenta avaliação da qualidade de vida de indivíduos brasileiros sem diagnóstico de Globus (população normal)²², comparado a portadores de Globus (Roma II) e Globus com DRGE de acordo com os domínios SF-36.

Discussão

No presente trabalho, duas amostras distintas de portadores de globus, a saber, globus funcional definido segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II e globus em associação a DRGE foram estudadas quanto às possíveis alterações sobre a qualidade de vida, sendo verificado o comprometimento de seis dos oito domínios do SF-36 (aspecto físico, dor, estado geral de saúde, aspecto emocional, aspecto social e saúde mental) para o primeiro grupo e quatro dos oito domínios (aspecto físico, dor, aspecto emocional e saúde mental) para o segundo grupo. A interpretação do SF-36, no presente estudo, seguiu as regras do manual de interpretação deste instrumento, sendo considerado clinicamente significativas, variações de escore iguais ou superiores a 5 unidades dentro do domínio avaliado (Figura 1).²² Foram considerados valores de referência para esta comparação os dados de indivíduos brasileiros sem a doença descritos por Cicconeli et al.²¹

A comparação dos dois grupos de globus estudados salienta o não comprometimento dos domínios estado geral de saúde e capacidade funcional, maior acometimento do domínio dor pelos portadores de globus como manifestação supra-esofágica de DRGE e o maior grau de comprometimento dos domínios saúde mental e aspecto social nos portadores de globus funcional segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II. Apenas a comparação para o domínio aspecto social, no entanto, foi acompanhada de diferença estatisticamente significativa.

Tais achados podem encontrar justificativa nos dados demográficos e psicossociais destes dois grupos. Não obstante a análise estatística tenha falhado em demonstrar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos estudados quanto aos seus dados demográficos, observam-se algumas alterações numéricas entre os grupos mencionados. Entre elas destaca-se prevalência do sexo feminino, presença de situação conjugal estável e de renda familiar maior no grupo globus com DRGE.

Os presentes dados corroboram com a literatura. Nesse caso, inquérito realizado na população norte-americana sobre a qualidade de vida nos Estados Unidos da América nos anos de 1993 a 2002, demonstrou que mulheres, pessoas separadas, divorciadas, solteiras, desempregadas, indivíduos incapazes de trabalhar ou com baixa renda familiar e com baixo índice educacional tendem a apresentar maior número de dias não-saudáveis do ponto de vista físico, mental, ou ambos, e limitação de suas atividades do dia-dia²⁴. Achados semelhantes também foram relatados²⁵ com pacientes do sexo feminino tendendo a considerar seu estado geral de saúde pior que o do sexo masculino.

Estudo norte-americano²⁶ para investigação da presença de tristeza, melancolia ou dias depressivos na população geral, revelou que os números de dias depressivos são maiores no sexo feminino. Estes achados, principalmente associados às psicopatologias descritas com relação ao globus²⁶⁻³⁰ podem ser a justificativa para a redução significativa da socialização verificada no grupo globus segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II.

Com referência ao domínio dor, mais acometido nos portadores

de globus com DRGE, vale a pena ressaltar que estes pacientes além dos sintomas de globus apresentam também sintomas típicos de refluxo gastroesofágico (RGE) (78% com pirose e/ou regurgitação ácida). Como descrito na literatura internacional, a intensidade do sintoma pirose determina o grau de interferência em todos os domínios do questionário SF-36²². De acordo com pesquisa da National Heartburn Alliance (Chicago, EUA) realizada no ano de 2000, as atividades mais comprometidas do dia-dia foram o sono (65%), comer fora de casa (75%) e saborear comidas (83%)³¹.

As atividades inquiridas no domínio aspecto social do SF-36, dizem respeito ao relacionamento e/ou interação do paciente com seus familiares, vizinhos e amigos. De acordo com o relatório da Instituição supracitada as atividades familiares, socialização, hobbies e tempo despendido com esposa e crianças encontram-se comprometidas em menos de 40% dos pacientes e em apenas alguma porção de seu tempo. Portanto, a ausência de comprometimento do domínio aspecto social no grupo globus com DRGE, pode ser consequência da inespecificidade da pergunta realizada e da forma de apresentação da DRGE no grupo estudado³¹.

A análise dos resultados obtidos para os dois grupos de portadores de globus estudados com a aplicação do questionário SF-36 em relação a portadores de outros distúrbios funcionais, a saber, pacientes com dispepsia, Síndrome do Intestino Irritável (SII) e outros distúrbios funcionais não especificados caracterizados pela presença de sintomatologia variada (dor, dispepsia, refluxo, constipação e diarreia) revelam o potencial de doenças não-orgânicas em influenciar de forma importante a qualidade de vida^{22,27}.

Os portadores de SII que procuram o Sistema de Saúde têm redução significativa da qualidade de vida, com acometimento preferencial dos componentes físico e mental. Os domínios mais comprometidos referem-se a vitalidade (44,0) e o aspecto físico (49,9)^{27,32}. Da mesma forma, a dispepsia funcional é capaz de alterar significativamente a qualidade de vida de seus portadores quando comparados à população normal norte-americana³². Os componentes físico e mental apresentaram escores inferiores ao nível de corte de 50 (componente físico 42,3, componente mental 46,8) e o domínio mais acometido foi à vitalidade (46,0). Estes achados são similares ao de revisão sistemática publicada em 2002³³. Nesta revisão verificou-se também que os escores dos domínios aspecto físico e estado geral de saúde eram menores que 50, e que os escores dos domínios aspecto emocional e saúde mental estavam bastante próximos a este nível de corte.

Diferente dos outros distúrbios funcionais citados, o globus, tende a preservar mais o estado geral de saúde e a comprometer mais intensamente, como observado na presente série, o aspecto emocional e a saúde mental, principalmente no grupo diagnosticado segundo os Critérios Diagnósticos de Roma II. A inexistência de outros trabalhos sobre globus e qualidade de vida em nosso meio impede a comparação com outras séries.

Na apresentação globus com DRGE, observou-se comprometimento combinado dos componentes físico e mental. De acordo com o relatório de Roma III, as doenças funcionais do Trato Gastrointestinal são o resultado de complexas

interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. O modelo biopsicossocial proposto sugere que fatores ambientais (experiências da infância, fatores estressantes do adulto, apoio social e outras experiências de vida) interajam com características genéticas de forma a influenciar as respostas fisiológicas e psicológicas do indivíduo³⁴.

Conclusão

A presença de globus isoladamente ou em associação a DRGE pode acarretar comprometimento da qualidade de vida de seus portadores. Este achado é um indício de que globus pode ser caracterizado como uma desordem de impacto sobre a saúde e deve ser valorizada pelo profissional da saúde, principalmente no que tange a implementação de medidas terapêuticas.

Referências bibliográficas

1. Harar RP, Kumar S, Saeed MA, Gatland DJ. Management of globus pharyngeus: review of 699 cases. *J Laryngol Otol* 2004; 118: 522-27.
2. Mahrous AK, Kaoutzanis C, Amin K, Gluckman P. Positive findings on barium swallow in patients presenting with a "sensation of a lump in the throat". *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012;269(3):1047-50.
3. Lee BE, Kim GH. Globus pharyngeus: A review of its etiology, diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol* 2012;18(20):2462-71.
4. Sibina García S, Ramos Miquel L, Ferrer Andino O. Globus Hystericus, personality and psychopathology. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002;53(3):174-80.
5. Finkenbine R, Miele VJ. Globus hystericus: a brief review. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(1):78-82.
6. Kaji M, Fujiwara Y, Shiba M, Kohata Y, Yamagami H, Tanigawa T, et al. Prevalence of overlaps between GERD, FD and IBS and impact on health-related quality of life. *J Gastroenterol Hepatol* 2010;25(6):1151-6.
7. Moraes-Filho JP, Navarro-Rodriguez T, Barbuti R, Eisig J, Chinzon D, Bernardo W. Brazilian Gerd Consensus Group. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: an evidence-based consensus. *Arq Gastroenterol* 2010;47(1):99-115.
8. Pace F, Riegler G, de Leone A, Dominici P, Grossi E. EMERGE Study Group. Gastroesophageal reflux disease management according to contemporary international guidelines: a translational study. *World J Gastroenterol* 2011;17(9):1160-6.
9. Clouse RE, Richter JE, Heading RC, Janssens J, Wilson JA. Functional esophageal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl II): II31-II36.
10. Alaani A, Vengala S, Johnston MN. The role of barium swallow in the management of the Globus pharyngeus. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007; 264:1095-97.
11. Moraes-Filho JPP, Chinzon D, Eisig JN, Hashimoto CL, Zaterka S. Prevalence of heartburn and gastroesophageal reflux disease in the urban Brazilian population. *Arq Gastroenterol* 2005;42:122-7.
12. Cathcart R & Wilson JA. Lump in the throat. *Clinical Otolaryngology* 2007; 32, 108-10.

13. Koloski N, Talley N, Boyce P. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000;95(1):67-71.
14. Cybulska EM. Globus Hystericus—A Somatic Symptom of Depression? The Role of Electroconvulsive Therapy and Antidepressants *Psychosomatic Medicine* 1997;59:67-69.
15. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-40.
16. Ofman JJ. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2003;98(3 Suppl):S8-S14.
17. Chang L. Review Article: Epidemiology and Quality of Life in Functional Gastrointestinal Disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20 Suppl 7:31-9.
18. Klauser AG, Schindlbeck NE, Muller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 1990;335(8683):205-8.
19. Camacho-Lobato L. Valores de referência para pHmetria de 24 horas desenvolvidos em 80 voluntários brasileiros normais (Resultados não publicados). VI Semana do Aparelho Digestivo; Recife, 2004.
20. Armstrong D, Bennett J, Blum A, Dent J, Dombal F, Glamiche J, et al. The Endoscopic Assessment of Esophagitis: A Progress Report on Observer Agreement. *Gastroenterology* 1996; 111: 85-92.
21. Ciconelli R, Ferraz M, Santos W, Meinão I, Quaresma M. Tradução para língua portuguesa do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39-3.
22. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
23. Tarlov A, Ware JE, Greenfield SI. The Medical outcomes study. Na application of methods for monitoring the results of medical care. *Jama* 1989;18:925-30.
24. Zahran HS, Kobau R, Moriarty DG, Zack MM, Hoet J, Donehoo R. Health-related quality of life surveillance-United States 1993-2002. *MMWR Surveil Summ* 2005;28:54(4):1-35.
25. Bertozzi N, Vitali P, Binkin N, Perra A, D'Argenio P. "Quality of life" of the elderly population: a survey to evaluate elderly people's self-perceived health in 11 Italian regions (Argento Study, 2002). *Ig Sanita Pubbl* 2005;61(6):545-59.
26. Kobau R, Safran MA, Zack MM, Moriarty DG, Chapman D. Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995-2000. *Health Qual Life Outcomes* 2004;30:2:40.
27. Deary I, Wilson J. Problems in treating globus pharynges. *Clin Otolaryngol* 1994;19:55-60.
28. Malcolmson K. Globus hystericus vel pharynges. *J Laryngol Otol* 1968; 219-30.
29. Puhakka H, Lehtinen V, Aalto T. Globus hystericus – a psychosomatic disease? *J Laryngol Otol* 1976;1021-26.
30. Smit C, Leeuwen J, Vliegen L, Devriese P, Semin A, Tan J, et al. Gastropharyngeal and Gastroesophageal Reflux in Globus and Hoarseness. *Arch Otolaryngology – Head & Neck Surgery* 2000;126(7):827-30.
31. National Heartburn Alliance. Chicago: National Heartburn Alliance; 2000. National Heartburn Alliance Survey 2000 Results: A Community Perspective.
32. García SS, Miquel LR, Andino OF. Globus Hystericus, Personalidad y Psicopatología. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002;53:174-80.
33. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1171-85.
34. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of Irritable Bowel Syndrome on Health-Related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-60.

Correspondência:

Lara Matara Ferreira Miquelin

R: Benedito Zanelato, 146

São José do Rio Preto – SP - CEP: 15061-748

laramf@yahoo.com.br

Fax: 17 3301 1233 - 17 3121 8423

Tabela 1: Resultados do inventário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 em pacientes com globus funcional (G1) e Globus associado a DRGE (G2).

| SF-36 - Domínios | G1 (n=21) | G2 (n=27) | P |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Capacidade Funcional | | | |
| Média ± DP | 83,6±15,3 | 82,2±20,6 | 0,933 |
| Variação | 50-100 | 10-100 | |
| < 50 | 0 (0,0%) | 2 (7,4%) | |
| = 50 | 21 (100,0%) | 25 (92,6%) | 0,124** |
| Aspectos Físicos | | | |
| Média ± DP | 60,7± 49,1 | 62,9 ± 43,5 | 0,945 |
| Variação | 0 - 100 | 0 - 100 | |
| < 50 | 8 (38,1%) | 8 (29,6%) | |
| = 50 | 13 (61,9%) | 19 (70,4%) | 0,537* |
| Dor | | | |
| Média ± DP | 63,5 ± 30,9 | 58,9 ± 26,4 | 0,622 |
| Variação | 22 - 100 | 22 - 100 | |
| < 50 | 9 (42,9%) | 10 (37,0%) | |
| = 50 | 12 (57,1%) | 17 (63,0%) | 0,683* |
| Estado Geral de Saúde | | | |
| Média ± DP | 66,0 ± 26,8 | 67,7 ± 27,6 | 0,770 |
| Variação | 15 - 97 | 2 - 100 | |
| < 50 | 6 (28,6%) | 7 (25,9%) | |
| = 50 | 15 (71,4%) | 20 (74,1%) | 0,838* |
| Vitalidade | | | |
| Média ± DP | 56,9 ± 26,9 | 57,7 ± 23,8 | 0,868 |
| Variação | 0 - 95 | 10 - 100 | |
| < 50 | 8 (38,1%) | 11 (40,7%) | |
| = 50 | 13 (61,9%) | 16 (59,3%) | 0,853* |
| Aspectos Sociais | | | |
| Média ± DP | 64,3 ± 32,4 | 82,4 ± 26,0 | 0,039 |
| Variação | 0 - 100 | 25 - 100 | |
| < 50 | 4 (19,0%) | 2 (7,4%) | |
| = 50 | 17 (81,0%) | 25 (92,6%) | 0,227** |
| Aspectos Emocionais | | | |
| Média ± DP | 50,8 ± 54,1 | 52,5 ± 45,5 | 0,928 |
| Variação | 0 - 100 | 0 - 100 | |
| < 50 | 10 (47,6%) | 12 (44,4%) | 0,827* |
| = 50 | 11 (52,4%) | 15 (55,6%) | |
| Saúde Mental | | | |
| Média ± DP | 53,2 ± 25,0 | 67,1 ± 22,9 | 0,070 |
| Variação | 40 - 88 | 20 - 100 | |

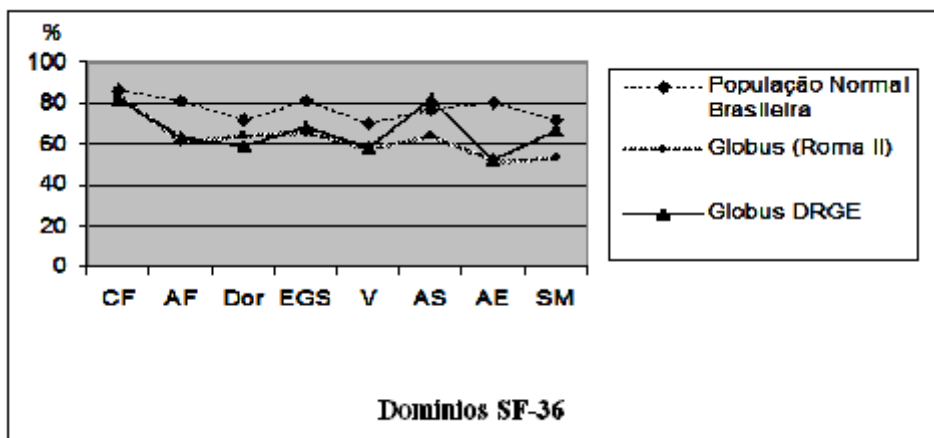


Figura 1: Avaliação da qualidade de vida de indivíduos brasileiros sem diagnóstico de Globus (população normal), comparado a portadores de Globus (Roma II) e Globus com DRGE de acordo com os domínios SF-36. CF= Componente Físico; AF= Aspecto Físico; Dor; AGS= estado Geral de Saúde; AS= Aspecto Social; AE= Aspecto Emocional; SM= Saúde Mental; DRGE= Doença do Refluxo Gastroesofágico.

| Saúde Mental | | | |
|---------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Média ± DP | 53,2 ± 25,0 | 67,1 ± 22,9 | 0,070 |
| Varição | 40 - 88 | 20 - 100 | |
| < 50 | 12 (57,1%) | 7 (25,9%) | |
| = 50 | 9 (42,9%) | 20 (74,1%) | 0,028* |
| SF-36: Componentes | | | |
| Físico Média ± DP | 49,7 ± 11,3 | 47,5 ± 11,4 | 0,568 *** |
| Varição | 32,2 - 68,7 | 22,7 - 64,9 | |
| < 50% | 10 (47,6%) | 15 (55,6%) | 0,585 * |
| = 50% | 11 (62,4%) | 12 (44,4%) | |
| Mental Média ± DP | 38,8 ± 15,3 | 45,1 ± 12,5 | 0,194 *** |
| Varição | 11,4 - 60,0 | 14,6 - 68,9 | |
| < 50% | 15 (71,4%) | 17 (63,0%) | |
| = 50% | 6 (28,6%) | 10 (37,0%) | 0,537 * |

* Teste Qui-quadrado; ** Generalização do Teste de Fisher; *** Prova de Mann-Whitney; N=número de indivíduos; DP=desvio padrão.