

Jairo Silva Alves

**ANÁLISE DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS EM CLÍNICA DE
ENDOSCOPIA NO PERÍODO DE 1991 A 2001:**

AVALIAÇÃO CRÍTICA DA CONTRIBUIÇÃO DA ENDOSCOPIA PARA
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE DISPÉPTICO; ESTUDO RETROSPECTIVO

Belo Horizonte

2006

Jairo Silva Alves

**ANÁLISE DOS ACHADOS ENDOSCÓPICOS EM CLÍNICA DE
ENDOSCOPIA NO PERÍODO DE 1991 A 2001:**

AVALIAÇÃO CRÍTICA DA CONTRIBUIÇÃO DA ENDOSCOPIA PARA
DIAGNÓSTICO DO PACIENTE DISPÉPTICO; ESTUDO RETROSPECTIVO

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Área de concentração: Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Luiz Gonzaga Vaz Coelho

Belo Horizonte – Minas Gerais

Faculdade de Medicina da UFMG

2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)

Reitora – Profa. Dra. Ana Lúcia Almeida Gazzola

Vice-reitor – Prof. Dr. Marcos Borato Viana

Pró-reitor de Pós-graduação – Prof. Jaime Arturo Ramirez

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG (FM/UFMG)

Diretor – Prof. Dr. Geraldo Brasileiro Filho

Vice-diretor – Prof. Dr. Joel Alves Lamounier

Chefe do Departamento de Clínica Médica – Prof. Dr. Dirceu Bartolomeu Greco

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FM/UFMG

Coordenador – Prof. Dr. Francisco José Penna

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA DA FM/UFMG

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA

Coordenador – Prof. Dr. Marco Túlio Costa Diniz

COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GASTROENTEROLOGIA

Prof. Dr. Marco Túlio Costa Diniz (Coordenador)

Prof. Dr. Luiz Gonzaga Vaz Coelho (Vice-coordenador)

Profa. Dra. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Profa. Dra. Luciana Dias Moretzsohn

Profa. Dra. Cláudia Alves Couto

Ivan René Viana Omonte (Representante discente titular)

Dedico este trabalho a meus pais, Marinho e Isaura, que me ensinaram a sonhar e a entender que os meus sonhos alimentariam minha alma;

a meus irmãos Jair, Gilson, Jaime e Lucimar, primeiros companheiros de viagem e grandes mestres, com quem, desde cedo, partilho os ensinamentos de nossos pais;

a Silvana, inspiração para minhas poesias e para minha vida há quase trinta anos;

a Natália e Débora, por serem únicas e todos os dias me fazerem entender, através do amor, que sem Deus eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Gonzaga Vaz Coelho por acreditar que eu seria capaz de realizar este trabalho e por dele participar ativamente, desde a elaboração do projeto e a viabilização da consultoria em informática e estatística, até a divulgação dos resultados obtidos, nas inúmeras conferências que realiza.

Ao Professores Dr. Luiz de Paula Castro, Dr. Celso Affonso de Oliveira e Dr. Paulo Roberto Savassi Rocha, grandes nomes da gastroenterologia, endoscopia e cirurgia nacional, pelo apoio e incentivo. A grandeza de suas realizações é espelho para minha carreira de pesquisador.

À minha companheira e irmã, Maria de Fátima Masiero Bittencourt, colaboradora deste estudo, por compartilhar um projeto de trabalho, pela generosidade, seriedade e competência.

Às colegas da SERVESCOPY, Cláudia Villela e Cláudia Márcia Gonçalves, que me acompanharam durante todo o desenvolvimento deste trabalho, com dedicação e competência.

Às amigas Iolanda Garcia, Júnia Diniz Focas e Patrícia Nogueira pelas horas vagas que lhes roubei, insistentemente refazendo gráficos e tabelas ou revendo o texto.

Aos Professores Maurílio e Mau Fernandes, que trabalharam com insistência e método, desenvolvendo a planilha para o banco de dados e realizando toda a análise estatística. Ao final, além do resultado do trabalho, sobraram a amizade e o respeito definitivos.

“Não sei bem onde foi que me perdi;
talvez nem tenha me perdido mesmo,
mas como é estranho pensar que isto aqui
fosse o meu destino desde o começo”^(*).

“Valeu a pena? Tudo vale a pena se a alma não é pequena”^(**).

^(*) CÍCERO, Antônio. Perplexidade. In: _____. *A cidade e os livros*. Rio de Janeiro: Record, 1997. p. 80.

^(**) PESSOA, Fernando. Mar português. In: _____. *O eu profundo e os outros eus: seleção poética*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003. p. 57.

RESUMO

Os sintomas dispépticos mostram prevalência variável entre 12,0% e 45,0%, sendo responsáveis por 2,0% a 4,0% de todas as consultas médicas. Até o momento não temos, no Brasil, qualquer guia de conduta, baseado na análise de conhecimentos científicos acumulados, para indicar os pacientes com dispepsia que devem ser submetidos à endoscopia. O objetivo do presente estudo foi conhecer as características clínicas e endoscópicas de pacientes encaminhados para o exame endoscópico (dados demográficos, motivo para o exame e principais achados endoscópicos), através da análise retrospectiva dos relatórios de 12.261 pacientes incluídos. Houve predomínio do sexo feminino (52,9%). A média de idade no grupo estudado foi de 43,1 anos (desvio padrão: 17,231), e a mediana, de 41 anos (Q1=30 e Q3=56). Os principais motivos para a realização do exame endoscópico foram dispepsia inespecífica (31,5%), dispepsia tipo úlcera (22,2%), dispepsia tipo dismotilidade (9,3%) e sintomas de refluxo gastroesofágico (15,1%). A média de idade para os pacientes com dispepsia inespecífica, dispepsia tipo úlcera, sintomas de refluxo gastroesofágico e dispepsia tipo dismotilidade foi de 40,1, 41,9, 45,7 e 44,5, respectivamente. O exame endoscópico foi normal ou mostrou apenas alterações mínimas em 51,7% dos casos, sendo esses dois diagnósticos predominantes em pacientes do sexo feminino e naqueles com dispepsia inespecífica e dispepsia tipo dismotilidade (70,0%). Endoscopias com alterações significativas predominaram em pacientes do sexo masculino (57,4%) e ocorreram com maior frequência naqueles com sintomas de refluxo (71,4%) e com dispepsia tipo úlcera (58,8%). A prevalência de esofagite erosiva e de úlcera péptica aumentou

gradativamente a partir dos 30 anos de idade, sendo maior após os 45 anos. Identificamos 78 casos (0,8%) de câncer gástrico entre os dispépticos ou com sintomas de refluxo. Nesse grupo, ocorreram um caso de câncer gástrico abaixo dos 30 anos (0,03%; OR = 30,7), três casos abaixo dos 35 anos (0,07%; OR = 17), oito casos abaixo dos 40 anos (0,2%; OR = 9,0), quinze casos quando o ponto de corte foi de 45 anos (0,3%; OR = 6,6) e 22 lesões malignas gástricas quando a idade de corte foi de 50 anos (0,3%; OR = 5,8). O *odds ratio* (OR) calculado para avaliar a diferença entre os pontos de corte mostrou diferença estatisticamente significativa em todas as faixas etárias estudadas. A pesquisa de *Helicobacter pylori* foi realizada pelo teste de urease e pela pesquisa histológica em 28,0% dos pacientes do estudo, dos quais 18 apresentavam diagnóstico de câncer gástrico. O OR para a infecção nesse grupo foi significativo (OR = 4,1). Podemos concluir que, apesar da correlação clínico-endoscópica realizada demonstrar maior prevalência de alterações endoscópicas significativas para doenças orgânicas nos dispépticos tipo úlcera e nos portadores de sintomas de refluxo gastroesofágico e, para doenças funcionais, nos portadores de dispepsia inespecífica e tipo dismotilidade, observamos grande vulnerabilidade do diagnóstico clínico entre os dispépticos. Estratégias alternativas ao exame endoscópico para pacientes com dispepsia deveriam considerar a faixa etária não superior a 30 ou 35 anos, visto que a variável idade mostrou forte correlação com a prevalência de neoplasia gástrica.

ABSTRACT

Dyspeptic symptoms show prevalence between 12.0% and 45.0%. They are responsible for 2.0% to 4.0% of all medical consultation. Up to now there isn't a guideline in Brazil based on analysis of scientific knowledge to show which patients with dyspepsia must be submitted to endoscopy. The goal of this study was to know the clinical and endoscopical characteristics of patients submitted to endoscopy (demographic data, reason for the exam and main endoscopical diagnosis), through the retrospective analysis of 12,261 included patients' reports. There was predominance of women (52.9%). The main reasons for the endoscopic exam were non-specific dyspepsia (31.5%), ulcer dyspepsia (22.2%), dyspepsia due to motility disorders (9.3%) and gastroesophageal reflux symptoms (15.1%). The average of age in the group was 43.1 years old and the median was 41 years old (Q1=30 and Q3=56). The average of age for patients with non-specific dyspepsia, ulcer dyspepsia, gastroesophageal reflux symptoms and dyspepsia due to motility disorders was 40.1, 41.9, 45.7 and 44.5 years old, respectively. The endoscopic exam was normal in 9.1% of the patients or presented minimum changes in 42.6% of them. Both diagnoses were predominant among female individuals and patients with non-specific dyspepsia or motility disorder dyspepsia (70.0%). Endoscopic exams with significant alterations were more common in males (57.4%) and patients with reflux symptoms (71.4%) or with ulcer dyspepsia (58.8%). The prevalence of erosive esophagitis and peptic ulcer increased gradually over 30 years old. Seventy-eight cases of gastric cancer were diagnosed among patients with dyspepsia and reflux. In this group occurred one case of gastric cancer below 30 years old (0.03%; OR =

30.7), 3 cases below 35 years old (0.07%; OR = 17), 8 cases below 40 years (0.2%; OR = 9.0), 15 cases below 45 years old (0.3%; OR = 6.6) and 22 gastric cancer cases when the age cut was 50 years (0.3; OR = 5.8). The *odds ratio* (OR) calculated to show the difference among the ages showed statistically significant difference among all the considered ages. The *Helicobacter pylori* infection was checked by the urease and histologic tests in 28.0% of the patients in this study. In this group, gastric cancer occurred in 18 patients. The OR for the infection in this group was significant (OR=4.1). We conclude that the correlation between the clinical data and endoscopic diagnoses suggested a major discrimination capacity for organic diseases among ulcer dyspeptic patients and the ones with reflux symptoms, and for functional diseases among patients with non-specific dyspepsia and motility disorder dyspepsia. This data, however, confirms the vulnerability of the clinical diagnosis for dyspepsia. Alternative strategies to endoscopic exam for patients with dyspepsia should consider the age group not over 30 or 35 years, considering that the age variable showed strong correlation with prevalence of gastric cancer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	– Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (n = 12.261).....	87
Gráfico 2	– Distribuição dos pacientes quanto à cor (n = 12.261).....	89
Gráfico 3	– Distribuição dos pacientes quanto à naturalidade e à residência na época da endoscopia.....	90
Gráfico 4	– Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame endoscópico e sexo (n = 9.578).....	93
Gráfico 5	– Distribuição dos pacientes quanto aos diferentes motivos para o exame endoscópico e idade.....	94
Gráfico 6	– Resultado do exame endoscópico quanto à presença de alterações (n = 12.261).....	96
Gráfico 7	– Distribuição dos pacientes quanto aos diferentes resultados do exame endoscópico, idade e sexo (n = 12.261).....	97
Gráfico 8	– Distribuição dos 12.261 pacientes quanto ao hábito de fumar e aos diferentes resultados do exame endoscópico.....	98
Gráfico 9	– Distribuição dos 12.261 pacientes quanto ao etilismo e aos diferentes resultados do exame endoscópico.....	98
Gráfico 10	– Distribuição percentual dos 12.261 pacientes quanto à utilização de medicação antiinflamatória não-esteróide e aos diferentes resultados do exame endoscópico.....	99
Gráfico 11	– Distribuição percentual dos pacientes dispépticos e com sintomas de refluxo quanto aos resultados do exame endoscópico.....	101
Gráfico 12	– Casos de neoplasia gástrica (observados e esperados) de acordo com a faixa etária.....	112
Quadro 1	– Definições de dispepsia.....	25
Quadro 2	– Sintomas de dispepsia e definições recomendadas.....	27
Quadro 3	– Causas potenciais de dispepsia (critério de exclusão para dispepsia funcional).....	29
Quadro 4	– Definições para o termo “dispepsia funcional”.....	34
Quadro 5	– Definições de dispepsia aplicadas em estudos de prevalência.....	42

LISTA DE TABELAS

1	– Lesões gastroduodenais agudas e crônicas causadas por AINES.....	51
2	– Prevalência das úlceras gástricas e duodenais em pacientes usando AINES.....	51
3	– Relação entre os sintomas dispépticos e os achados endoscópicos.....	55
4	– Prevalência de sintomas gastrointestinais em diferentes países (n = 5.581)..	58
5	– Prevalência dos achados endoscópicos e histológicos em 273 pacientes e em 273 controles pareados por idade e sexo, em Sorreisa, Noruega – 1987.....	60
6	– Achados endoscópicos em pacientes com dispepsia.....	66
7	– Distribuição dos pacientes de acordo com sexo e faixa etária (n = 12.254)...	88
8	– Distribuição dos pacientes por categoria profissional (n = 12.261).....	89
9	– Distribuição dos pacientes quanto ao plano assistencial de saúde (n = 12.261).....	91
10	– Distribuição dos pacientes quanto a etilismo, tabagismo e uso de antiinflamatórios (AINES) na época do exame (n = 12.261).....	91
11	– Distribuição dos pacientes quanto ao motivo para a realização do exame endoscópico (n = 12.261).....	92
12	– Resultado do exame endoscópico quanto à presença de alterações (n = 12.261).....	95
13	– Resultado do exame endoscópico relacionado aos diferentes motivos para sua realização.....	100
14	– Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia inespecífica (n = 3.858).....	102
15	– Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia tipo úlcera (n = 2.725).....	103
16	– Principais achados endoscópicos nos pacientes com sintomas únicos ou predominantes de refluxo (n = 1.849).....	104
17	– Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia tipo dismotilidade (n = 1.146).....	105

18 – Diagnóstico endoscópico principal relacionado à faixa etária.....	107
19 – Percentagem de casos de neoplasia gástrica por faixa etária, por sexo e geral (n = 12.253).....	111
20 – Prevalência de câncer gástrico por faixa etária em 9.577 pacientes com dispepsia não investigada ou refluxo gastroesofágico, sem sintomas de alarme.....	113
21 – Percentagem e <i>odds ratio</i> da presença de <i>Helicobacter pylori</i> em neoplasia gástrica.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	– American Gastroenterological Association
AINES	– Antiinflamatórios não-esteróides
ASGE	– American Society for Gastrointestinal Endoscopy
DIGEST	– Domestic / International Gastroenterology Surveillance Study
DRGE	– Doença do refluxo gastroesofágico
EGD	– Esofagogastroduodenoscopia
<i>H. pylori</i>	– <i>Helicobacter pylori</i>
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	– Intervalo de confiança
LILACS	– Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	– Banco de Dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MG	– Minas Gerais
MUCOSA	– Misoprostol Ulcer Complications Outcomes Safety Assessment Study
OR	– <i>Odds ratio</i>
SII	– Síndrome do intestino irritável
SUS	– Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1	Dispepsia: definições	24
3.1.1	<u>Principais sintomas dispépticos no adulto</u>	27
3.1.2	<u>Principais sintomas dispépticos na criança</u>	28
3.1.3	<u>Outros sintomas relacionados ao aparelho digestivo alto</u> ...	28
3.2	Dispepsia: etiologia	28
3.3	Dispepsia: subgrupos	35
3.4	Dispepsia: epidemiologia	38
3.4.1	<u>Generalidades</u>	38
3.4.2	<u>Prevalência</u>	41
3.4.3	<u>Morbidade</u>	44
3.4.4	<u>Idade, sexo e raça</u>	45
3.4.5	<u>Fatores de risco</u>	46
3.4.5.1	Etilismo e tabagismo.....	46
3.4.5.2	<i>Helicobacter pylori</i>	47
3.4.5.3	Antiinflamatórios não hormonais.....	50
3.4.6	<u>Dados epidemiológicos sobre dispepsia baseados em estudos populacionais</u>	55
3.4.7	<u>Freqüência dos achados endoscópicos e histológicos em indivíduos com dispepsia: dados de estudos em centros de referência</u>	59
4	PACIENTES E MÉTODOS	69
4.1	Pacientes	69
4.1.1	<u>Critérios de inclusão</u>	69
4.1.2	<u>Critérios de exclusão</u>	70
4.2	Métodos	70
4.2.1	<u>Dados demográficos</u>	71

4.2.2	<u>Dados clínicos</u>	71
4.2.2.1	Categorização dos dados da anamnese.....	73
4.2.2.2	Categorização dos motivos do exame endoscópico.....	73
4.2.2.2.1	Queixas dispépticas inespecíficas.....	73
4.2.2.2.2	Sintomas dispépticos sugestivos de úlcera péptica.....	74
4.2.2.2.3	Sintomas dispépticos sugestivos de dismotilidade.....	74
4.2.2.2.4	Sintomas únicos ou predominantes de refluxo gastroesofágico..	75
4.2.2.2.5	Pacientes encaminhados para propedêutica gastrointestinal....	75
4.2.2.2.6	Disfagia.....	75
4.2.2.2.7	Outros.....	76
4.2.3	<u>Dados da endoscopia digestiva de esôfago, estômago e duodeno</u>	76
4.2.3.1	Diagnósticos endoscópicos incluídos no estudo.....	77
4.2.3.1.1	Exame endoscópico normal.....	77
4.2.3.1.2	Hérnia hiatal por deslizamento.....	78
4.2.3.1.3	Esofagite.....	79
4.2.3.1.4	Neoplasia esofagiana.....	80
4.2.3.1.5	Outras afecções do esôfago.....	80
4.2.3.1.6	Gastrites.....	81
4.2.3.1.7	Lesões ulceradas gastroduodenais.....	82
4.2.3.1.8	Neoplasias gástricas.....	83
4.2.3.1.9	Duodenites.....	84
4.3	Análise estatística	85
4.4	Aspectos éticos	86
5	RESULTADOS	87
5.1	Análise descritiva dos dados	87
5.1.1	<u>Distribuição dos pacientes por idade e sexo</u>	87
5.1.2	<u>Distribuição dos pacientes quanto à cor</u>	88
5.1.3	<u>Distribuição dos pacientes quanto à profissão</u>	89
5.1.4	<u>Distribuição dos pacientes quanto à naturalidade e à residência</u>	90
5.1.5	<u>Distribuição dos pacientes quanto ao plano assistencial de saúde</u>	91
5.1.6	<u>Distribuição dos pacientes quanto a etilismo, tabagismo e uso de antiinflamatórios (AINES) na época do exame</u>	91
5.2	Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame ..	92
5.2.1	<u>Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame endoscópico e sexo</u>	93
5.2.2	<u>Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame endoscópico e idade</u>	94

5.3	Resultado do exame endoscópico nos pacientes estudados.....	95
5.3.1	<u>Exame endoscópico e tabagismo.....</u>	97
5.3.2	<u>Exame endoscópico e etilismo.....</u>	98
5.3.3	<u>Exame endoscópico e uso de AINES.....</u>	99
5.3.4	<u>Resultado do exame endoscópico relacionado aos diferentes motivos.....</u>	99
5.3.5	<u>Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia inespecífica.....</u>	101
5.3.6	<u>Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia tipo úlcera.....</u>	102
5.3.7	<u>Resultado do exame endoscópico nos pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico.....</u>	103
5.3.8	<u>Diagnóstico endoscópico nos pacientes com dispepsia tipo dismotilidade.....</u>	105
5.3.9	<u>Diagnóstico endoscópico principal relacionado ao motivo do exame e à faixa etária.....</u>	106
6	DISCUSSÃO.....	115
6.1	Avaliação do grupo de pacientes estudados em relação aos dados demográficos e aos fatores de risco para dispepsia.....	115
6.2	Correlação clínico-endoscópica.....	117
6.3	Prevalência das principais afecções do aparelho digestivo superior encontradas na endoscopia e estratificação dos achados em relação à faixa etária....	120
7	CONCLUSÕES.....	131
	REFERÊNCIAS.....	133
	ANEXO A – Planilha para registro dos dados.....	147
	ANEXO B – Tipos de profissão.....	149
	ANEXO C – Diagnóstico endoscópico principal X motivo X idade (dispépticos e portadores de refluxo).....	152

Alves, Jairo Silva
A474a Análise dos achados endoscópicos em clínica de endoscopia no período de 1991 a 2001: avaliação crítica da contribuição da endoscopia para diagnóstico do paciente dispéptico; estudo retrospectivo/Jairo Silva Alves. Belo Horizonte, 2006.

152p. ilus.

Tese (Doutorado). Gastroenterologia. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

1. Endoscopia do sistema digestório/estatística e dados numéricos
2. Dispepsia/diagnóstico 3. Dispepsia/epidemiologia 4. Neoplasias gástricas/epidemiologia 5. Úlcera péptica/epidemiologia 6. Refluxo gastroesofágico/epidemiologia 7. Sistemas computadorizados de registros médicos I. Título

NLM: WI 141

CDU: 616.3-072.1

1 INTRODUÇÃO

A evolução do conhecimento das doenças do trato digestivo superior ocorreu paralelamente à evolução da endoscopia. Essa técnica propedêutica, imaginada como possível há mais de 100 anos, após Adolf Kussmaul observar um engolidor de espadas em ação, desenvolveu-se lentamente até 1957, quando foi construído o primeiro gastroscópio totalmente flexível, utilizando feixes de fibras ópticas^{1,2}. Desde então, poucas áreas da medicina evoluíram com tamanha rapidez e vigor. A endoscopia tomou rapidamente o lugar da radiologia na propedêutica das doenças do aparelho digestivo. Desde o último decênio, os métodos endoscópicos têm adentrado nos territórios mais tradicionais da cirurgia, como no tratamento de estenoses esofagianas, úlceras sangrantes e cálculos em ductos biliares, na ressecção de pólipos e na mucosectomia para retirada de lesões neoplásicas precoces, entre outros³.

A maioria dos pacientes encaminhados para o exame endoscópico apresenta queixas que, agrupadas, recebem o nome de sintomas dispépticos. A dispepsia tem recebido definições variáveis entre os diversos autores. Entretanto, embora ela possa ser causada por alterações orgânicas bem definidas, como a úlcera péptica e as neoplasias, existe concordância de que as alterações funcionais constituem o diagnóstico mais comum em pacientes dispépticos⁴⁻⁶.

A taxa de prevalência da dispepsia varia muito nas diferentes séries estudadas, em diferentes países e publicações. Assim, encontramos índices que variam de 12,0% a 45,0%, sendo essa variação atribuída a diferenças metodológicas e ou conceituais⁷. Sabemos entretanto que, independentemente das diferenças no

método de estudo, os sintomas dispépticos são bastante comuns nos países ocidentais, constituindo importante problema de saúde pública que, mesmo com os avanços atuais de sua patogênese e terapêutica, está longe de ser resolvido. Segundo Talley et al.⁸, a maioria dos pacientes apresenta sintomas dispépticos de curta duração e de intensidade leve ou moderada e, por isso, não procura assistência médica. Apesar disso, o tratamento dos pacientes dispépticos constitui um grande problema na prática clínica, pois 2,0% a 5,0% de todas as consultas médicas são devidos à dispepsia⁸. Os fatores que determinam se o paciente irá ou não consultar um médico estão mal definidos, mas a gravidade dos sintomas, a idade, a condição socioeconômica, a autopercepção da doença, a história familiar de câncer e a propriedade de um seguro ou plano de saúde, entre outros, são os mais freqüentes.

Neste trabalho, a nossa atenção será destinada aos pacientes encaminhados a uma clínica de endoscopia, para propedêutica. Entre os motivos que têm levado a uma demanda crescente do exame endoscópico podemos citar:

- pacientes mais bem informados e com maior expectativa de vida;
- maior informação sobre a possibilidade de tratamento de câncer precoce;
- pacientes cientes do grande número de fármacos disponíveis para tratamento dos sintomas dispépticos;
- grande evolução do exame nos últimos anos e maior compreensão, pelo paciente, do que é o exame;
- médicos relutantes em usar medicamentos potentes e por longo tempo sem diagnóstico definitivo, devido ao seu alto custo e à possibilidade de iatrogenia causada pelas novas drogas.

Tanto os médicos quanto os pacientes estão inclinados a confiar mais em um diagnóstico baseado em método tecnológico objetivo do que na impressão clínica.

Até o momento, no Brasil, faltam estudos embasados na análise de conhecimentos científicos para indicar quais pacientes com dispepsia devem ser submetidos à endoscopia.

O guia da American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE)⁹ para uso apropriado da endoscopia apresenta recomendações que são bem aceitas em todo o mundo. As indicações específicas são em geral claras e pouco controversas. No entanto, a maioria dos pacientes submetidos à esofagogastroduodenoscopia (EGD) apresenta sintomas dispépticos pouco específicos. É para essa larga faixa de pacientes que se torna difícil determinar se a endoscopia é apropriada ou não, sendo os guias até então publicados menos satisfatórios nesses casos¹⁰.

Dois estudos, realizados em 1994 e 1996, respectivamente na Inglaterra e na Suíça, para avaliar a propriedade das indicações do exame endoscópico, mostram resultados conflitantes entre os critérios propostos pela ASGE e pela Rand Corporation e as opiniões de um painel formado por especialistas britânicos e suíços. No estudo britânico⁵, sete especialistas avaliaram as indicações da endoscopia em um grupo de pacientes; os resultados quanto à propriedade das indicações diferiam dos critérios de um software baseado na opinião de especialistas americanos – The Rand Criteria. No estudo suíço¹¹, no qual se avaliou a propriedade das indicações da endoscopia em pacientes encaminhados para clínica aberta, a concordância sobre as indicações do exame em relação aos critérios da ASGE ocorreu em 57,0% dos casos.

No Brasil, não encontramos estudos metodologicamente bem conduzidos, capazes de avaliar o perfil dos pacientes encaminhados ao exame endoscópico ou os principais diagnósticos observados nas diferentes faixas etárias. Tal informação

adquire capital importância nos dias de hoje, visto que se observa, em nosso país, a demanda crescente do exame endoscópico, concomitantemente à restrição desse procedimento pelos planos de saúde e órgãos governamentais.

Warren¹² intrigou a comunidade gastroenterológica ao mencionar o *Helicobacter pylori* em suas cartas dirigidas ao Lancet, em 1983. A associação do *Helicobacter pylori* com doença péptica foi sugerida pelo mesmo investigador em 1984, e, a partir de então, ocorreu notável mudança no tratamento da doença ulcerosa crônica. A revolução na patogênese da úlcera péptica, da gastrite crônica e das neoplasias gástricas tem levantado grandes questões sobre como integrar os testes não invasivos para pesquisa de *H. pylori* e a terapêutica antimicrobiana para tratamento dos pacientes com dispepsia examinados em nossos consultórios^{13,14}. Assim, ao lado da discussão sobre a propriedade e a real contribuição do exame endoscópico para o paciente dispéptico, essas novas colocações diagnósticas e terapêuticas da dispepsia aumentam as opções dos clínicos para a sua abordagem^{8,15,16,17}. Dentre essas opções podemos citar:

- tratamento clínico empírico com investigação posterior em caso de insucesso;
- avaliação diagnóstica imediata para todos os casos, com escolha do tratamento de acordo com os resultados obtidos;
- teste diagnóstico para *H. pylori* e realização de EGD nos casos positivos, na tentativa de diagnosticar úlcera péptica e câncer gástrico;
- realização de pesquisa da infecção pelo *H. pylori*, através de sorologia ou teste respiratório, e tratamento de todos os casos positivos com esquema de antimicrobianos.

Para resolver essa questão, precisamos de ensaios clínicos controlados. Entretanto, para a realização desses ensaios, temos de aprofundar os conhecimentos

sobre a dispepsia e sua prevalência em nosso meio. Dessa forma, torna-se necessário o estudo sistematizado em centros de endoscopia funcionalmente bem estruturados e representativos de parcelas da população brasileira, para a definição da realidade local acerca da prevalência dos achados endoscópicos. A discussão crítica desses achados poderá levar a novas posturas médicas individuais e institucionais quanto ao enfrentamento dessa dinâmica relação entre propedêutica e terapêutica das doenças do trato digestivo superior.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar um grupo de pacientes encaminhados para endoscopia digestiva alta, quanto ao motivo de exame e aos principais achados endoscópicos, através de análise retrospectiva dos relatórios desses pacientes, atendidos na Clínica Servescopy (Serviço de Endoscopia Digestiva), no período de 1991 a 2001.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a distribuição dos pacientes em relação a diferentes variáveis, tais como idade, sexo, procedência e presença de infecção pelo *H. pylori*.
- Correlacionar os dados clínicos sistematicamente coletados e os achados endoscópicos.
- Estudar a prevalência das principais afecções do aparelho digestivo superior encontradas na endoscopia e realizar sua estratificação em faixas etárias predeterminadas, nos pacientes dispépticos e portadores de sintomas de refluxo gastroesofágico.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Dispepsia: definições

Clínicos, gastroenterologistas e epidemiologistas geralmente apresentam dificuldade para lidar com o termo dispepsia, pois este não se aplica a uma doença em particular. Ao contrário, o termo refere-se ao conjunto de sintomas que pode refletir diferentes doenças do aparelho digestivo.

As definições encontradas na literatura variam entre os diversos autores. Também observamos variações cronológicas no entendimento do termo. As diferenças, entretanto, são, na maioria das vezes, muito mais semânticas do que conceituais. O termo dispepsia é utilizado pela classe médica e é com frequência substituído, tanto por médicos quanto por pacientes, por “gastrite”, o que dificulta seu entendimento e abordagem. Na tentativa de compreendermos a epidemiologia da dispepsia em nosso meio, revisaremos as definições, os conceitos e os dados epidemiológicos já existentes sobre ela e estudados por outros grupos. Acreditamos que, sem estudos e definições claras, baseadas em princípios epidemiológicos, a compreensão exata da magnitude do problema e de seu impacto na saúde pública continuará distante de ser obtida. A definição conceitual da terminologia e dos parâmetros utilizados na realização de qualquer estudo torna-se assim essencial para que os resultados de novas pesquisas possam ser comparados.

A palavra dispepsia é de origem grega (*dys+peptein*)¹⁸ e foi introduzida na língua portuguesa, em 1713, para significar a sensação de desconforto digestivo. Inúmeras definições para o termo podem ser encontradas na literatura. Algumas

dessas definições, propostas por pesquisadores em diversos centros de pesquisa, estão relacionadas no QUADRO 1.

QUADRO 1
Definições de dispepsia

Autor(es)	Ano	Definição
Rhind e Watson ¹⁹	1968	Desconforto epigástrico após alimentação, saciedade precoce, eructações e regurgitação ácida até a boca, acompanhados de pirose.
Crean et al. ²⁰	1982	Qualquer forma de desconforto epigástrico persistente ou periódico ou outro sintoma relacionado ao trato alimentar, excluindo icterícia e sangramento gastrointestinal.
Thompson ²¹	1984	Desconforto epigástrico crônico recorrente, freqüentemente relacionado à alimentação.
Knill-Jones ²²	1985	Dor ou desconforto abdominal episódico, recorrente ou persistente, ou qualquer outro sintoma referido no trato alimentar, excetuando sangramento retal ou icterícia, por um período mínimo de quatro semanas.
Talley e Piper ²³	1985	Dor, desconforto ou náuseas intermitentes ou contínuos, referidos no trato digestivo alto, presentes por um mês ou mais; não são precipitados pelo exercício nem aliviados pelo repouso; não são associados com icterícia, sangramento ou disfagia.
Nyrén et al. ²⁴	1987	Dor ou desconforto epigástrico e ausência da síndrome do intestino irritável ou doenças orgânicas.
Talley e Phillips ²⁵	1988	Dor abdominal no hemiabdomene superior ou náuseas, crônicas ou recorrentes, relacionadas ou não à alimentação e com duração de no mínimo três meses.
Colin-Jones et al. ²⁶	1988	Dor retroesternal ou no abdome superior, desconforto, pirose, náuseas, vômitos e outros sintomas relacionados ao trato digestivo alto.
Barbara et al. ²⁷	1989	Sintomas abdominais persistentes ou episódicos, freqüentemente relacionados à alimentação e que o paciente e o médico acreditam ser devidos a desordem na porção proximal do tubo digestivo.
Heading ²⁸	1991	Sintomas abdominais persistentes ou episódicos que incluem dor abdominal ou desconforto e que se imagina terem se iniciado no trato digestivo alto.
Penston e Pounder ²⁹	1996	Presença de um ou mais dos seguintes sintomas, nos últimos 12 meses: dor ou desconforto no abdome/estômago, regurgitação de ácido ou alimento, gosto de ácido na orofaringe e/ou pirose, saciedade precoce.
Chiba ³⁰	1998	Complexo de sintomas que pensamos iniciar-se no trato gastrointestinal alto, não relacionado à defecação.
Holtmann e Talley ¹⁸	2000	Um único sintoma ou, mais freqüentemente, um grupo de sintomas, localizados principalmente no abdome superior.

As definições citadas no QUADRO 1 demonstram que ocorreu evolução gradativa na compreensão da dispepsia, e atualmente, apesar de algumas diferenças conceituais ainda existentes, já detectamos pontos de convergência entre essas definições. Segundo Chiba³⁰, a maioria dos autores concorda que o termo dispepsia se refere a um complexo de sintomas relacionados ao tubo digestivo alto, mas não à defecação, que não implica em diagnóstico definido. Essa definição, baseada apenas na presença e nas características dos sintomas, é aplicada ao paciente que pode ter ou não causa orgânica para sua dispepsia.

No amplo estudo sobre as desordens gastrointestinais funcionais denominado “Consenso de Roma II”³¹, a definição do termo dispepsia foi mantida inalterada em relação à definição original do Iº Consenso, publicado em 1991³². O termo é definido como dor ou desconforto localizado na região central do abdome superior, o que significa que a dor ou desconforto deve estar localizado em torno da linha média. Assim, dor nos hipocôndrios direito e esquerdo não é considerada como sintoma dispéptico. A duração não é especificada como parte da definição, porque a duração da doença no momento em que o paciente consulta o médico é variável. Embora alguns autores^{22,25} considerem que a cronicidade dos sintomas seja necessária para definir dispepsia, esse conceito temporal é útil somente como critério de inclusão em estudos clínicos e não necessariamente para definir a terminologia^{28,30}. Em trabalhos de pesquisa, o investigador pode especificar o tempo de duração dos sintomas para definir a dispepsia, objetivando homogeneizar o grupo com que irá trabalhar³².

3.1.1 Principais sintomas dispépticos no adulto

As principais manifestações clínicas da dispepsia incluem dor ou desconforto na região central do abdome superior, sensação de plenitude gástrica, distensão do abdome superior, saciedade precoce e náuseas. A definição desses sintomas está expressa no QUADRO 2.

QUADRO 2
Sintomas de dispepsia e definições recomendadas

Sintomas	Definição
Dor na região central do abdome superior	A dor refere-se a uma sensação subjetiva desagradável; alguns pacientes acham que existe lesão tecidual. Na anamnese a dor deve ser diferenciada de desconforto.
Desconforto na região central do abdome superior	Sensação ou impressão subjetiva desagradável que não é interpretada como dor.
Saciedade precoce	Sensação de estômago excessivamente cheio logo após o início da alimentação, desproporcional à quantidade que está sendo ingerida, a ponto de ser impossível terminar a refeição.
Sensação de plenitude gástrica	Sensação desagradável, como se o alimento persistisse no estômago; isso pode ou não acontecer após as refeições (digestão lenta).
Distensão do abdome superior	Aperto localizado no abdome superior; convém distingui-lo de distensão abdominal visível.
Náusea	Enjôo ou sensação de enjoô; sensação de necessidade de vomitar.

Fonte: Talley et al.³¹.

A queixa de um único sintoma é incomum. O que normalmente se observa é a apresentação de vários sintomas em conjunto (complexo de sintomas), sendo que alguns trabalhos demonstram média de até quatro sintomas por paciente^{29,30}. A relação dos sintomas com a ingestão de alimentos, embora freqüente, não constitui componente essencial para a definição de dispepsia³⁰.

3.1.2 Principais sintomas dispépticos na criança

A apresentação dos sintomas dispépticos na infância varia de acordo com a idade do paciente. Lactentes e crianças na idade pré-escolar podem apresentar vômitos, dificuldade na alimentação, dificuldade no aumento ponderal e irritabilidade; crianças mais velhas e adolescentes apresentam sintomas semelhantes aos dos adultos³³.

3.1.3 Outros sintomas relacionados ao aparelho digestivo alto

Algumas condições clínicas relacionadas ao trato digestivo alto são consideradas isoladamente e não devem ser incluídas sob o rótulo de dispepsia. Integram essa pequena lista a aerofagia e sintomas da síndrome do intestino irritável (SII)^{18,30,34}. Outra ocorrência que algumas vezes é confundida com dispepsia é a ruminação, condição em que a regurgitação, seguida de nova deglutição do alimento, é característica¹⁸.

3.2 Dispepsia: etiologia

Os pacientes dispépticos podem ser classificados em três categorias quanto à etiologia de seus sintomas³²:

1. Pacientes com causa identificada dos sintomas (QUADRO 3);
2. Pacientes com anormalidades histológicas e/ou fisiopatológicas de relevância clínica incerta (exemplos: gastrite por *Helicobacter pylori*, duodenite histológica, litíase biliar, hipersensibilidade visceral, alterações motoras gastroduodenais);

3. Pacientes sem nenhuma explicação para seus sintomas.

Os pacientes que não apresentam qualquer alteração estrutural ou bioquímica definida para seus sintomas (categorias 2 e 3) são considerados como portadores de dispepsia funcional.

As principais anormalidades orgânicas no trato digestivo alto que podem causar sintomas digestivos são: doença ulcerada péptica crônica, refluxo gastroesofágico (com ou sem esofagite), parasitoses intestinais e neoplasias malignas³⁵. As causas potenciais de sintomas dispépticos crônicos estão listadas no QUADRO 3.

QUADRO 3

Causas potenciais de dispepsia (critério de exclusão para dispepsia funcional)

-
- | | |
|----|--|
| a. | Alterações estruturais no sistema gastrointestinal:
Ulceração gástrica ou duodenal
Doença do refluxo gastroesofágico (com ou sem esofagite)
Parasitoses intestinais
Carcinoma do estômago
Neoplasia de trato biliar e cólon
Outras doenças do trato biliar
Pancreatite
Outras doenças infiltrativas do estômago
Síndrome de má-absorção
Anormalidades vasculares |
| b. | Drogas:
AINES (incluindo inibidores específicos da Cox-2)
Álcool
Antibióticos orais
Teofilina
Digital
Sais com Potássio e Ferro |
| c. | Miscelânea:
Diabetes mellitus
Hipertireoidismo/Hipotireoidismo
Hiperparatireoidismo
Desequilíbrio hidro-eletrolítico
Doença isquêmica do coração
Doença do tecido conectivo
Pseudo-obstrução intestinal crônica
Doença hepática |
-

A doença ulcerosa péptica é a causa mais importante de dispepsia, mas, infelizmente, a capacidade de discriminação entre os sintomas de úlcera péptica e os de dispepsia funcional é pequena. As neoplasias gástricas são mais importantes em pacientes acima de 55 anos de idade. Em relação à litíase biliar, consideramos que, na ausência de dor com característica biliar, não há evidências de que cálculos possam estar associados à dispepsia³⁵.

A capacidade discriminatória dos sintomas dispépticos para algumas das principais doenças do aparelho digestivo foi avaliada em estudo recente sobre dispepsia coordenado por um grupo de pesquisadores dinamarqueses³⁶. Nesse estudo, clínicos e gastroenterologistas experientes avaliaram 347 pacientes dispépticos e, checando suas impressões à luz da endoscopia, concluíram que sua impressão diagnóstica inicial não era confiável, apresentando baixa sensibilidade e baixo valor preditivo positivo (28,0% nos casos avaliados pelos clínicos).

Numans et al.³⁷, em trabalho prospectivo realizado em unidade de endoscopia, avaliaram a relação entre sintomas dispépticos sugestivos de úlcera e diagnóstico endoscópico de úlcera péptica. O fator que mais indicou a presença de úlcera péptica foi a dor epigástrica relacionada ao jejum. Por outro lado, outros estudos, apesar de julgarem que esse sintoma poderia predizer a presença de úlcera, não confirmaram essa impressão³⁸.

Talley et al.³⁹ também avaliaram recentemente, em estudo prospectivo, se os sintomas dispépticos são capazes de discriminar pacientes com esvaziamento gástrico normal e retardado. Foram incluídos, nesse estudo, 798 pacientes com

sintomas de desconforto pós-prandial (551 com diagnóstico de dispepsia funcional e 247 pacientes diabéticos). Os autores concluíram que em nenhum dos dois grupos a presença ou a gravidade dos sintomas pós-prandiais prediziam o comprometimento (ou retardo) do esvaziamento gástrico, o que os levou a não confirmar a hipótese de que sintomas específicos graves estejam diretamente associados com o esvaziamento gástrico retardado em pacientes dispépticos funcionais ou na dispepsia que acomete os diabéticos.

Os sintomas clássicos de refluxo gastroesofágico, como pirose e regurgitação, podem ocorrer isoladamente ou associados a outros sintomas dispépticos; podem ser predominantes ou estar associados, sem se sobressaírem. A inclusão dos sintomas típicos de refluxo gastroesofágico no complexo sintomático dos dispépticos é tema controverso e dos mais problemáticos quando tentamos padronizar as definições. Há quase 20 anos, Talley e Phillips²⁵ e, mais recentemente, Holtmann et al.³⁵ argumentam que pacientes com dispepsia freqüentemente apresentam pirose e regurgitação ácida, sem, contudo, considerar que esses sintomas, isoladamente, representem dispepsia; para eles esses sintomas, quando isolados ou dominantes, sugerem fortemente a presença de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Outros autores, como Chiba³⁰, também advertem que pacientes com DRGE típica não devem ser considerados como portadores de dispepsia. Ao contrário, os relatórios de dois consensos^{26,27} sobre o tema incluíram os sintomas clássicos de refluxo no conceito de dispepsia. Em revisão sobre o assunto realizada em 1995, Colin-Jones⁴⁰ considerou que os sintomas tipo refluxo apresentam valor diagnóstico maior que a maioria dos

sintomas gastrointestinais, afirmando ser possível identificar a dispepsia tipo refluxo com razoável acurácia. Quando os sintomas dominantes são pirose e regurgitação, a especificidade para DRGE é alta (78,0-90,0%), apesar de baixa sensibilidade (30,0%-60,0%)^{34,40}. Colin-Jones também considerou não haver diferença entre dispepsia tipo refluxo e DRGE grau 0 (refluxo sem esofagite), exceto nos pacientes com dispepsia tipo refluxo, mas sem esofagite e com pH-metria normal.

O termo dispepsia é, assim, utilizado para rotular um ou mais sintomas relativos ao trato digestivo alto, mas não relaciona qualquer desses sintomas a uma causa específica. Em número significativo de casos, nenhuma alteração orgânica é encontrada nos pacientes dispépticos submetidos a vasta propedêutica⁴¹. Nesses casos, a nomenclatura torna-se ainda mais confusa. Vários termos têm sido propostos para utilização nessas situações, entre os quais se incluem: dispepsia não orgânica, dispepsia não ulcerosa, dispepsia funcional, dispepsia essencial ou idiopática e dispepsia endoscopicamente negativa. Atualmente, pretende-se identificar um termo que denomine apenas os casos de dispepsia para os quais nenhuma causa orgânica é encontrada. Dispepsia não ulcerosa, por exemplo, é um termo confuso, não contempla todos os sintomas e não deve, portanto, ser utilizado^{28,30}.

O termo dispepsia funcional⁴² foi inicialmente utilizado para sugerir ligação com distúrbios psicossomáticos. Mais recentemente tem sido sugerida a relação do termo com distúrbios fisiológicos do aparelho digestivo, sem se estabelecer, contudo, qualquer vinculação dessas alterações com os sintomas presentes.

Conceitualmente, a dispepsia funcional resultaria de distúrbios motores subjacentes, anormalidades na secreção gástrica ou alterações na percepção visceral. Não há, entretanto, qualquer evidência de causalidade³⁰. O termo vem se tornando gradualmente aceito e engloba todas as formas de dispepsia, exceto aquelas de causa estrutural definida⁴³.

A dispepsia funcional ou não ulcerosa constitui, assim, diagnóstico de exclusão, e há ampla concordância de que os sintomas devem ser crônicos. Algumas definições do termo estão listadas no QUADRO 4.

No consenso de Roma II³¹, a dispepsia funcional foi definida como dispepsia recorrente ou persistente, sem evidências de doenças orgânicas que expliquem a sintomatologia, sem alívio dos sintomas com a defecação e sem relação com alterações nas fezes que possam sugerir SII. Esses sintomas devem ocorrer por pelo menos 12 semanas, não necessariamente consecutivas, em um período de um ano. A propedêutica mínima necessária para sustentar o diagnóstico de dispepsia funcional no contexto de pesquisa consiste de anamnese e exame físico e de endoscopia digestiva durante o período sintomático, sem o uso de medicação antiácida.

Assim, quando comparamos a definição do primeiro consenso de Roma (Roma I)³² com a última publicação do grupo, não observamos alterações significativas. Notamos, no entanto, que a definição relativa ao tempo dos sintomas foi descrita de forma menos arbitrária tanto para a pesquisa, quanto para a prática clínica.

QUADRO 4
Definições para o termo “dispepsia funcional”

Autor(es)	Ano	Definição
Thompson ²¹	1984	Dispepsia não ulcerosa é um desconforto epigástrico crônico recorrente, freqüentemente relacionado à alimentação, que inicialmente sugere úlcera péptica mas cuja propedêutica é negativa.
Colin-Jones et al. ²⁶	1988	Dor retroesternal ou no abdome superior, desconforto, pirose, náuseas, vômitos e outros sintomas relacionados ao trato digestivo alto, presentes por mais de quatro semanas, não relacionados a exercícios e sem doenças sistêmicas que possam ser por eles responsáveis. Categorias de dispepsia não ulcerosa: dispepsia tipos refluxo gastroesofágico, dismotilidade e úlcera, aerofagia e dispepsia essencial ou idiopática.
Talley e Phillips ²⁵	1988	Pacientes com dispepsia não ulcerosa apresentam sintomas que sugerem a presença de úlcera, mas nenhuma lesão é encontrada à propedêutica.
Drossman et al. ⁴⁴	1990	Dispepsia funcional descreve sintomas persistentes ou episódicos, localizados no epigástrico e abdome superior, atribuídos ao segmento gastroduodenal. Esses sintomas, entre os quais se incluem dor abdominal ou desconforto, distensão, saciedade precoce, náuseas ou vômitos, podem ou não estar relacionados à alimentação ou a exercícios físicos; eles podem coexistir, mas freqüentemente é possível distingui-los da queimação retroesternal. Subgrupos: dispepsia tipos úlcera e dismotilidade, refluxo e dispepsia inespecífica.
Heading ²⁸	1991	Dispepsia em paciente em que nenhuma anormalidade é identificada na investigação gastroenterológica convencional.
Talley et al. ³²	1991	Dispepsia funcional é definida como dor ou desconforto abdominal crônico ou recorrente no abdome superior por período maior que 30 dias e com sintomas presentes em mais de 25% do tempo. Não há evidência clínica, bioquímica, endoscópica ou ultrassonográfica de qualquer doença orgânica capaz de explicar os sintomas nem história de cirurgia gástrica ou intestinal. Subgrupos: dispepsia tipos úlcera e dismotilidade e dispepsia inespecífica. A doença do refluxo gastroesofágico é considerada em separado, sendo a dispepsia tipo refluxo uma parte desta e não um subgrupo de dispepsia funcional.
Agréus et al. ⁴⁵	1995	Dispepsia tipo úlcera compreende um ou mais episódios de refluxo, pirose, dor retroesternal, vômitos, saciedade precoce, distensão abdominal com dor exclusivamente localizada no epigástrico, história de dor que se alivia com alimentação e/ou dor noturna. Inclui também dispepsia tipos dismotilidade e refluxo.
Malagelada ⁴³	1996	O termo engloba todos os tipos de dispepsia não relacionados a doenças intestinais.
Marshall ⁴⁶	1997	Dispepsia não ulcerosa <i>Helicobacter pylori</i> positivo - grupo I: pacientes nos quais a secreção ácida e os danos à mucosa são suficientes para produzir úlcera gástrica ou úlcera duodenal, mas que ainda não apresentam essas lesões no momento da endoscopia. Dispepsia não ulcerosa <i>Helicobacter pylori</i> positivo - grupo II: pacientes com gastrite sintomática, nos quais a úlcera péptica nunca ocorrerá. Dispepsia não ulcerosa <i>Helicobacter pylori</i> positivo - grupo III: pacientes com gastrite crônica assintomática.

3.3 Dispepsia: subgrupos

A heterogeneidade dos pacientes dispépticos quanto às suas queixas torna difícil a realização de estudos comparativos diagnósticos e terapêuticos. A tentativa de classificar as dispepsias funcionais em subgrupos segundo os sintomas dispépticos demonstra o esforço na busca de grupos homogêneos tanto clínicos quanto fisiopatológicos.

A classificação da dispepsia funcional em subgrupos, proposta por Colin-Jones et al.²⁶ em 1988, tornou-se popular, a partir de 1990, com a publicação da *International Working Party Classifications*, coordenada por Drossman et al.⁴⁴, e do relatório de Roma³², em 1991. Desde essa época, o agrupamento dos sintomas dispépticos sob os rótulos propostos tem sido utilizado tanto na clínica quanto em pesquisa científica. A validade dessa categorização na prática clínica é, sem dúvida, motivo de grande controvérsia, pois diferentes critérios foram utilizados entre os diversos autores.

Essa categorização deve ser aplicada somente a pacientes submetidos à propedêutica. Pacientes com dispepsia não investigada não devem ser classificados. Vários estudos demonstraram que a classificação dos pacientes com dispepsia não investigada em categorias (tipo úlcera, tipo dismotilidade, tipo refluxo, tipo inespecífica) não auxilia na identificação de uma doença orgânica, em parte devido à grande sobreposição dos sintomas^{31,45,47,48}. Assim, de acordo com esses autores, a abordagem baseada apenas nos sintomas não mostra especificidade e sensibilidade suficientes para detectar ou excluir doenças orgânicas.

Entretanto, algumas publicações recentes, utilizando essa classificação em pacientes dispépticos não submetidos à propedêutica, mostraram benefícios

para sua avaliação³⁰. Uma dificuldade encontrada em estudos prospectivos foi a identificação do sintoma mais importante para categorização, havendo grande sobreposição de sintomas. Agréus et al.⁴⁵, em estudo prospectivo, buscaram determinar a estabilidade, consistência e relevância das classificações existentes para as desordens funcionais do trato digestivo e concluíram que a separação dos sintomas gastrointestinais em dispepsia funcional, com seus subgrupos, e SII é inadequada.

Talley et al.⁴⁸, em estudo populacional publicado em 1992, demonstraram que 43,0% dos pacientes incluídos se enquadravam em mais de um subgrupo da dispepsia funcional. Em outros estudos^{38,49} desenvolvidos a partir de pacientes encaminhados para realização de endoscopia digestiva, aproximadamente um terço dos casos foi classificado em mais de uma categoria de dispepsia funcional.

Meineche-Schmidt e Christensen⁵⁰, em trabalho prospectivo no qual avaliaram 7.270 pacientes dispépticos, observaram grande sobreposição dos sintomas e concluíram que a classificação dos pacientes em subgrupos era inadequada e não mostrava utilidade clínica.

Embora a classificação de dispepsia funcional em subgrupos tenha se tornado muito freqüente na prática clínica, o Consenso de ROMA II³¹ reconhece seus vários pontos controversos e, por isso, propõe que sua definição, antes baseada no conjunto de sintomas (e que não tem utilidade na prática clínica), seja modificada. A classificação de ROMA II define os subgrupos de dispepsia funcional com base nos sintomas predominantes, ou seja, naqueles que mais incomodam o paciente. Assim, a classificação proposta no consenso de ROMA II define os seguintes subgrupos para dispepsia funcional:

1. Dispepsia tipo úlcera: o sintoma predominante é a dor localizada no epigástrico;

2. Dispepsia tipo dismotilidade: sensação desagradável (desconforto), não dolorosa, localizada no epigástrico, constitui o sintoma predominante. Essa sensação pode ser caracterizada por saciedade precoce (ou estar a ela associada), por peso no epigástrico, distensão no abdome superior ou náuseas;
3. Dispepsia tipo inespecífica: quando não é possível classificar os sintomas do paciente em nenhum dos dois subgrupos anteriores.

Essa classificação, mais atual e aceita, não engloba, assim como não o fez sua primeira versão em 1991³², o termo dispepsia funcional tipo refluxo. Sintomas como globus, ruminação, dor torácica de provável origem esofágica, disfagia e pirose funcionais são categorizados como distúrbios funcionais do esôfago e não como dispepsia funcional. Quando a pirose é o sintoma único ou predominante, considera-se que o paciente apresenta doença do refluxo gastroesofágico^{8,30}.

Small et al.⁵¹ utilizaram a pH-metria de 24 horas para categorização dos pacientes com sintomas de refluxo e sugerem a adoção do termo dispepsia tipo refluxo para os casos sintomáticos, sem esofagite à endoscopia e com pH-metria normal. Johnsson et al.⁵² concluíram, em estudo prospectivo envolvendo 220 pacientes com sintomas de refluxo, que é muito difícil estabelecer o diagnóstico de esofagite somente com a história clínica isolada, pois a ocorrência diária de pirose e regurgitação mostra valores preditivos positivos de 59,0% e 66,0%, respectivamente. Isso significa que, se um paciente daquela população estudada se queixar de pirose, a probabilidade de que tenha esofagite é de 59,0%.

Heading²⁸ não vê vantagem importante na utilização do termo “dispepsia tipo refluxo gastroesofágico” para indivíduos com sintomas clássicos de pirose e regurgitação, sugerindo-a apenas para os casos em que tais sintomas estão presentes e associados a outros sintomas dispépticos. Somente um terço dos

pacientes com sintomas de refluxo tem evidências de esofagite à endoscopia³⁴. Alguns autores sugerem o abandono do termo “dispepsia tipo refluxo”, mesmo considerando seu uso tão freqüente^{31,47}.

Entretanto, muitos pacientes não apresentam pirose como sintoma predominante mas sim, associada a dor e desconforto no epigástrico. Na grande maioria dos casos, o sintoma é pouco importante e de ocorrência pouco freqüente. Nos casos em que ocorre com maior freqüência e intensidade, a investigação cuidadosa tem demonstrado a presença de refluxo ácido patológico. Nesses casos, os pacientes são considerados como portadores de DRGE, sendo a sua inclusão no grupo de pacientes com dispepsia funcional considerada um erro³². Questionamentos sobre a classificação da dispepsia funcional em subgrupos baseados na queixa principal também têm ocorrido, e seus autores não vêem utilidade clínica nessa subdivisão.

3.4 Dispepsia: epidemiologia

3.4.1 Generalidades

O estudo da epidemiologia de qualquer doença tem dois componentes principais. O primeiro, a epidemiologia clínica, é descrito como a freqüência dos sintomas que caracterizam a doença nos pacientes afetados. O segundo componente epidemiológico é composto pela incidência e pela prevalência da doença no meio onde está sendo estudada.

A prevalência de uma doença é apropriada para medir sua importância enquanto problema crônico. Geralmente é obtida em estudos transversais e não

permite a distinção confiável entre os fatores etiológicos de risco e os fatores de risco para doenças crônicas, as condições associadas ou as complicações da doença. Futuros estudos devem focar a incidência e a história natural dessas doenças. Estudos de incidência (coorte) podem avaliar melhor o papel dos fatores etiológicos, enquanto estudos de prevalência são melhores para avaliar o impacto da doença na comunidade.

A abordagem epidemiológica de uma doença pode então determinar importantes características sobre a sua história natural: taxas de incidência, prevalência, mortalidade e morbidade. Para que consigamos obter esses dados e utilizá-los na prática e pesquisa médicas, necessitamos de definições adequadas e de concordância sobre essas definições. O termo dispepsia não se refere a uma doença específica, mas é a tradução clínica de diversas doenças. A avaliação de seu impacto na nossa população deve basear-se nos parâmetros epidemiológicos descritos acima.

Knill-Jones⁵³ sugere que a grande heterogeneidade das definições e conceitos sobre dispepsia reflete-se nas taxas de incidência e prevalência, que se apresentam variáveis na literatura. A compreensão adequada da dispepsia, no entanto, constitui ponto importante na prática médica, pois, apesar de tal variabilidade, há concordância de que se trata de problema com alta prevalência e morbidade.

Entre os principais pontos que dificultam a comparação dos resultados dos estudos realizados sobre a epidemiologia da dispepsia, podemos citar: variabilidade intrínseca entre os grupos de pacientes incluídos, diferenças nos critérios de inclusão relativos a idade, região e tempo de início dos sintomas, uso de definições distintas e tempo de realização dos estudos.

No Brasil, existem poucos trabalhos publicados sobre a epidemiologia da dispepsia. Dentre os estudos levantados, só identificamos trabalhos realizados para avaliar a frequência de ocorrência dos principais diagnósticos na endoscopia e estudos de revisão. Não identificamos, em nossa busca, estudos populacionais abrangentes sobre o tema. A abordagem para a avaliação da epidemiologia da dispepsia inclui estudos populacionais que possibilitem a compreensão do impacto do problema na população avaliada e estudos com grupos de pacientes dispépticos que procuram assistência médica, através dos quais se procura entender as características da doença, a frequência dos sintomas e sua forma de apresentação.

A grande maioria dos estudos epidemiológicos sobre dispepsia (populacionais e em centros de referência) é realizada em países desenvolvidos e refere-se a populações com níveis socioeconômicos diferentes daqueles encontrados em países em desenvolvimento, como o Brasil. Também na maioria das vezes, esses estudos avaliam a dispepsia em populações com diferentes taxas de prevalência da infecção por *Helicobacter pylori*. A compreensão da história natural dessas desordens é importante para determinar a eficácia de futuras intervenções terapêuticas.

Quando estudamos a dispepsia, seja sob que aspecto for, lidamos com uma condição recorrente. Estudo populacional americano conduzido por Talley et al.⁴³ demonstrou que um número significativo de pacientes dispépticos se mostravam sintomáticos 12 a 20 meses após a primeira avaliação. Em estudo realizado na Inglaterra por Jones e Lydeard⁵⁴, os sintomas dispépticos estavam presentes em 74,0% dos casos avaliados, após dois anos. A doença ulcerosa crônica em pacientes não tratados também é recorrente, a menos que a terapêutica de

erradicação para o *Helicobacter pylori* seja instituída. Os casos de esofagite de refluxo são igualmente crônicos, e seus sintomas recorrem com frequência quando o tratamento medicamentoso é interrompido.

Kay⁵⁵, em estudo coorte, acompanhou 1.119 portadores de dispepsia com mais de 70 anos e demonstrou que mais de 50,0% deles se apresentavam assintomáticos após cinco anos do início do acompanhamento.

Estudos populacionais demonstram que a dispepsia ocorre com grande frequência, apesar das diferenças nas definições do problema que geralmente encontramos e que podem impedir comparações detalhadas⁷. Os estudos populacionais bem conduzidos, com amostragem estatisticamente adequada, tendem a ser mais confiáveis. Mesmo assim, alguns pesquisadores advogam que erros significativos podem ocorrer, dependendo da forma de condução dos questionários. Por isso, sugerem que se indague sobre os sintomas, pois um número expressivo de pacientes ignora os diagnósticos a eles relacionados. Kennedy e Jones⁵⁶ publicaram estudo com propostas de questionários para pesquisas populacionais sobre a prevalência de dispepsia.

3.4.2 Prevalência

Em recente revisão sobre o assunto, Westbrook et al.⁷ compararam as definições usadas em estudos de prevalência realizados por diversos autores na Escandinávia, Inglaterra, EUA, Austrália e Nova Zelândia (QUADRO 5), para justificar a grande diferença encontrada nos índices de prevalência entre essas populações (de 12,0% a 45,0%). Tanto o número quanto o tipo de sintomas

dispépticos incluídos na definição influenciam o índice de prevalência da dispepsia, devido à grande variação deste em relação aos sintomas individualmente.

QUADRO 5
Definições de dispepsia aplicadas em estudos de prevalência

Autor(es)	Ano	Definição
Jones et al. ⁵⁷	1990	Indigestão, mesmo que por poucos dias, com sintomas no abdome superior e pirose.
Talley et al. ⁴⁸	1992	Dor epigástrica nos últimos 12 meses.
Jones e Lydeard ^{54,58}	1992/1989	Semelhante ao anterior.
Talley ⁴²	1994	Semelhante ao anterior.
Kay ⁵⁵	1994	Dor epigástrica, pirose ou regurgitação nos últimos 12 meses.
Kay e Jorgensen ⁵⁹	1994	Semelhante ao anterior.
Kennedy e Jones ⁵⁶	1995	Desconforto no abdome superior ou empachamento pós-prandial verificados em mais de seis ocasiões nos últimos 12 meses.
Talley et al. ⁶⁰	1995	Dor epigástrica ocorrendo seis ou mais vezes no último ano e/ou náuseas ocorrendo uma vez ou mais em um mês, no último ano.
Bernersen et al. ⁶¹	1996	Dor abdominal localizada no hemi-abdome superior, com pelo menos duas semanas de duração, ou pirose ou regurgitação quase que diárias, por uma semana.
Penston e Pounder ²⁹	1996	Dor ou desconforto epigástrico, regurgitação, saciedade precoce e pirose nos últimos 12 meses.
Talley et al. ⁶²	1998	Definição pelos critérios de Roma I: dor crônica ou recorrente ou desconforto localizados no epigástrio e presentes por três meses ou mais.

Essas variações foram demonstradas em trabalhos bem conduzidos por Talley et al.^{48,62} (nos EUA e na Austrália) e por Agréus et al.^{45,63} (na Suécia). O grupo de pesquisa sueco coordenado por Agréus avaliou a prevalência de dispepsia em uma mesma população, usando duas definições diferentes (a proposta por Colin-Jones et al.²⁶ e a pelo Consenso de Roma I³²), e encontrou índices de 32,0% e

14,0%, respectivamente. Esses números atestam a importância da utilização de definições adequadas e internacionalmente aceitas, para que novos estudos possam ser comparados.

A hipótese de que as diferenças encontradas nos diversos trabalhos publicados na literatura, referentes à prevalência da dispepsia, possam ser explicadas por questões metodológicas foi testada em dois outros estudos, realizados nos EUA e Alemanha⁶⁴. Usando o mesmo método para definição dos sintomas, ambos os estudos constataram índices de prevalência similares para dispepsia.

Escalas de intensidade dos sintomas podem ser utilizadas em estudos terapêuticos, mas não em trabalhos epidemiológicos. A avaliação da frequência de ocorrência dos sintomas e sua duração também é difícil, e critérios bem detalhados devem ser adotados em estudos de prevalência³¹. As definições apresentadas no QUADRO 5 demonstram variabilidade no que se refere ao tempo de aparecimento e à duração dos sintomas (de algumas vezes a seis ou mais vezes nos últimos 12 meses e de poucos dias a três meses ou mais, respectivamente). Dessa forma, a comparação dos estudos populacionais é difícil de ser realizada, demonstrando diferenças estatisticamente significativas nos resultados encontrados.

Em relação aos sintomas de refluxo gastroesofágico, dados estatísticos norte-americanos, colhidos em 1976, revelam que 15,0% da população se queixam de pirose pelo menos uma vez por mês, 14,0% fazem-no uma vez por semana, e 7,0%, diariamente. Estudo populacional realizado em 1997 por Locke et al.⁶⁵, em Olmstead County, Minnesota, revelou aumento significativo da prevalência desses sintomas (19,8% apresentavam pirose ou regurgitação pelo menos uma vez por mês). Esses valores são semelhantes em outros países ocidentais e menores em países orientais⁶⁶. Os estudos populacionais são escassos, e a validade externa de

seus dados deve ser questionada. Não existem dados de estudos brasileiros para avaliação e comparação.

3.4.3 Morbidade

Calcula-se que a dispepsia seja responsável por 2,0% a 4,0% das consultas médicas e por 20,0% a 40,0% de todas as consultas gastroenterológicas^{53,58,67}. Vários autores concordam que esse percentual expressivo só representa parte dos pacientes (casos mais graves), uma vez que a maioria deles não procura assistência médica. Existem poucos estudos para avaliação da incidência da dispepsia^{68,69}.

Os portadores de sintomas dispépticos e de refluxo gastroesofágico apresentam, em graus variáveis, alterações na sua qualidade de vida. Não existem, até o momento, meios para aferir a intensidade dos sintomas e sua interferência no cotidiano dos pacientes dispépticos. Talley et al.⁷⁰ sugerem que a qualidade de vida é comprometida de forma semelhante entre os diversos subgrupos de dispépticos. Os autores também não observaram diferenças em relação à idade e ao sexo, no que diz respeito ao grau de interferência na qualidade de vida.

A dispepsia constitui problema crônico, com períodos de remissão e exacerbação, e sua estreita relação com o estado emocional e com a dieta torna difícil a compreensão de sua patogênese e a obtenção de resultados positivos duradouros. Há evidências de alterações significativas no sono dos pacientes dispépticos: embora, geralmente, eles não sejam despertados pelos sintomas dispépticos, seu sono costuma ser de má qualidade^{70,71}.

3.4.4 Idade, sexo e raça

Os pacientes mais idosos apresentam-se com maior frequência para consulta médica devido à dispepsia, mas a prevalência dos sintomas dispépticos é maior em indivíduos jovens. Sintomas dispépticos devidos a causas orgânicas apresentam variabilidade em relação à faixa etária do paciente, na dependência da doença subjacente responsável pelo quadro. Assim, a incidência máxima da úlcera duodenal ocorre na faixa etária entre 55 e 64 anos, e a da úlcera gástrica, na década seguinte. Os sintomas de refluxo gastroesofágico ocorrem em qualquer faixa etária. Sua incidência está aumentando, predominando a partir do quarto decênio de vida.

Drossman et al.⁷² realizaram estudo populacional para avaliação epidemiológica em pacientes dispépticos funcionais, buscando determinar a prevalência, os aspectos sociodemográficos e o impacto da dispepsia sobre a qualidade de vida da população. A prevalência de dispepsia funcional foi de 3,0%. Nesse estudo, os sintomas dispépticos foram mais frequentes nas mulheres do que nos homens (OR 1,55; IC 95%, 1,1- 2,3).

Westbrook et al.⁷ consideram que, nos estudos epidemiológicos realizados em centros de referência, a avaliação da taxa de prevalência sempre tem de considerar a idade e o sexo do grupo estudado, devido às variações que podem ocorrer na dependência dessas variáveis. Embora existam relatos de estudos que relacionam o sexo do indivíduo à presença ou não de dor no hemi-abdome superior, essa correlação é difícil de ser estabelecida. Diferenças entre os sexos quanto à acidez gástrica, à concentração de gastrina sérica, à massa de células parietais e ao esvaziamento gástrico têm sido estudadas em seres humanos, mas, como a relação

dessas diferenças com sintomas dispépticos e sua associação com a infecção pelo *Helicobacter pylori* ainda não são bem conhecidas, estudos futuros deverão ser realizados para determiná-las.

Em estudo populacional Talley et al.⁷³ avaliaram a prevalência da dispepsia em uma comunidade. Os sintomas dispépticos foram mais freqüentes nas pessoas do sexo feminino (58,0%). A média de idade das mulheres dispépticas foi de 23,9 anos (IC 95%, 20,1-27,0), enquanto a dos homens foi de 19,6 anos (IC 95%, 16,5-22,7). A prevalência da dispepsia diminuiu com a idade ($p < 0,01$).

Não encontramos estudos conduzidos para avaliar diferenças raciais quanto à prevalência dos sintomas dispépticos.

Em relação aos sintomas de refluxo gastroesofágico, estudos têm demonstrado que sua freqüência aumenta progressivamente após os 40 anos, não tendo sido evidenciada diferença entre os sexos. Entretanto, o esôfago de Barrett, complicação exclusivamente relacionada à doença do refluxo, ocorre mais freqüentemente nos indivíduos de raça branca⁶⁶. Não temos, no entanto, estudos nacionais epidemiológicos para comparação.

3.4.5 Fatores de risco

3.4.5.1 Etilismo e tabagismo

Faltam dados baseados em estudos populacionais para avaliar a importância do fumo e do álcool em pacientes com quadro dispéptico não investigado.

Talley et al.⁷³ não demonstraram relação de risco entre o consumo de álcool e de fumo por indivíduos entre 20 e 64 anos e a dispepsia não investigada. Nenhum desses fatores parece estar relacionado ao subgrupo dos sintomas.

A relação entre o hábito de fumar e a doença ulcerosa péptica é mais bem estudada, e tanto estudos clínicos quanto epidemiológicos mostram essa associação. A frequência de úlcera péptica em tabagistas é o dobro daquela observada em não-fumantes⁷⁴. Os mecanismos pelos quais o fumo exerce tais efeitos não são claros, mas a diminuição da defesa da mucosa gastroduodenal parece estar envolvida (redução dos níveis de prostaglandinas E e E2 no suco gástrico e de bicarbonato pancreático, entre outros). Quanto ao álcool, estudos epidemiológicos têm falhado em demonstrar a associação dessa substância com a doença ulcerosa péptica⁷⁴.

3.4.5.2 *Helicobacter pylori*

Os sintomas associados à infecção aguda pelo *Helicobacter pylori* são bem estudados e tornam-se presentes no espaço de poucas semanas⁷⁵.

O reconhecimento do *Helicobacter pylori* como principal agente agressor no trato digestivo alto e de sua participação na patogenia da grande maioria das lesões ulcerosas gastroduodenais, com papel importante na etiologia do adenocarcinoma gástrico e do linfoma MALT, indica a necessidade do tratamento com antimicrobianos para erradicação da bactéria. Nos casos dos sintomas dispépticos relacionados à doença ulcerosa, o alívio é significativo. Existem, entretanto, outras condições em que a participação do *Helicobacter pylori* é também indiscutível, como a gastrite crônica superficial em pacientes dispépticos, cuja

abordagem terapêutica é controversa, pois tem sido difícil estabelecer a relação causal entre a gastrite crônica relacionada ao *Helicobacter pylori* e os sintomas dispépticos^{76,77}. Não há sintomas dispépticos patognomônicos da infecção pelo *Helicobacter pylori*. Em alguns estudos, sintomas dispépticos tipo úlcera são mais freqüentes nos pacientes com infecção pelo *Helicobacter pylori*, quando comparados com outros subgrupos de dispepsia. Nenhum sintoma individual ou conjunto de sintomas é específico da infecção^{78,79}.

Existem três tipos de estudos para tentar estabelecer a relação etiológica entre a infecção pelo *Helicobacter pylori* e a dispepsia. Os estudos epidemiológicos constituem o primeiro desses tipos e apresentam resultados variados. Alguns deles revelam maior prevalência da bactéria em pacientes com quadro de dispepsia, quando comparados a controles assintomáticos. A variação na taxa de prevalência é maior entre os estudos do que dentro do estudo comparativo, o que sugere importantes diferenças metodológicas na sua condução, dificultando a comparação dos resultados. Bernersen et al.⁸⁰, em estudo populacional no qual um grupo de pacientes com dispepsia foi comparado com controles pareados por idade e sexo, encontraram taxa de prevalência da infecção pelo *Helicobacter pylori* de 48,0% em pacientes com dispepsia funcional e de 36,0% nos pacientes do grupo controle (p=0.004).

Os estudos de fisiopatologia gastrointestinal tentam evidenciar alterações fisiopatológicas no trato gastrointestinal relacionadas à presença do agente agressor. Os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na gênese dos sintomas dispépticos ainda não são claros. Os sintomas podem ser devidos a aumento da concentração intraluminal de ácidos e do concentrado duodenal, hiper-sensibilidade a estímulos químicos e mecânicos ou, ainda, a alteração motora gastrointestinal. A

tentativa de relacionar esses mecanismos com queixas dispépticas em pacientes com infecção pelo *Helicobacter pylori* tem falhado. Os estudos que relacionam a presença da bactéria com alterações motoras e de sensibilidade visceral não têm sido reproduzidos. Mearin et al.⁸¹ estudaram 50 pacientes dispépticos e não demonstraram diferença significativa quanto a distensão gástrica, medida com barostato, entre pacientes *Helicobacter* positivos e negativos. A infecção por *Helicobacter pylori* também não está associada com diferenças na sensibilidade duodenal⁸².

Estudos terapêuticos constituem a terceira tentativa de estabelecer o papel da infecção pelo *Helicobacter pylori* na gênese dos sintomas dispépticos. Apesar dos inúmeros ensaios terapêuticos utilizados para a erradicação do *Helicobacter pylori* no paciente dispéptico, não há, até o momento, consenso sobre o real benefício do tratamento com antimicrobianos para o paciente sintomático. Os sintomas dispépticos resultam de diferentes mecanismos, e a infecção pelo *Helicobacter pylori* constitui um desses fatores envolvidos. Esse debate, iniciado na última década, continua sem resposta definitiva. Em nosso meio, Passos⁸³ realizou ensaio terapêutico duplo cego, randomizado, para avaliar o benefício da erradicação do *Helicobacter pylori* em pacientes dispépticos funcionais e não verificou diferença estatisticamente significativa em relação ao alívio dos sintomas entre o grupo de pacientes tratados com antimicrobianos e o grupo que recebeu placebo.

A erradicação da bactéria ou a supressão de seu crescimento pode não afetar significativamente os sintomas, se o principal mecanismo envolvido constitui o processo inflamatório da mucosa. O alívio sintomático seria obtido somente após a resolução desse processo inflamatório e, assim, ocorreria semanas ou meses após a

erradicação da bactéria.

O papel da infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori* e sua relação com as diversas afecções gastroduodenais são hoje inquestionáveis. A importância dessas afecções geradoras de dispepsia orgânica, como as úlceras gastroduodenais, é indiscutível. O benefício da erradicação da bactéria, nesses casos, está amplamente demonstrado e já é aceito de forma consensual em todo o mundo. A definição do exato papel do *Helicobacter pylori* nos quadros de dispepsia não orgânica é que precisa ser mais bem estabelecida. Rosenstock et al.⁸⁴ sugerem que a infecção pelo *Helicobacter pylori* precede o desenvolvimento da dispepsia. Em seus estudos, demonstraram que a soropositividade para anticorpos IgG para o *Helicobacter pylori* está relacionada a uma variedade de sintomas dispépticos.

3.4.5.3 Antiinflamatórios não hormonais

Nos Estados Unidos, os antiinflamatórios não hormonais constituem o principal grupo de fármacos associados a efeitos adversos gastrointestinais, sendo responsáveis por cerca de 21,0% desses episódios⁸⁵. Aproximadamente uma em cada dez lesões ulceradas induzidas pelos antiinflamatórios não hormonais apresenta complicações como obstrução, perfuração ou hemorragia. Há grande variabilidade nos resultados dos diversos estudos transversais publicados. Essa variabilidade entre os estudos reflete diferenças nas definições da úlcera, na idade dos pacientes, na dose e no tempo de uso dessas drogas.

Os estudos revelam que 60,0%-100,0% dos pacientes em tratamento com antiinflamatórios por uma a duas semanas desenvolvem hemorragia submucosa,

eritema, erosões superficiais ou perda sangüínea fecal⁸⁵ (TAB. 1).

TABELA 1
Lesões gastroduodenais agudas e crônicas causadas por AINES

Tipo de lesão	Lesões gastroduodenais	Frequência (%)
Aguda (1 a 2 semanas)	Eritema da mucosa Hemorragia submucosa Erosões superficiais Perda de sangue fecal	60 – 100
Crônica (> 1 mês)	Erosões e úlceras antrais e/ou duodenais	5 – 30

Fonte: Raskin⁸⁵.
AINES = Antiinflamatórios não-esteróides

Com o uso crônico dos antiinflamatórios, 5,0% a 30,0% dos pacientes apresentam úlceras gástricas e/ou duodenais. A incidência das ulcerações varia com os diferentes antiinflamatórios. Diversos estudos mostram maior prevalência das úlceras gástricas quando comparadas às úlceras duodenais⁸⁵ (TAB. 2).

TABELA 2
Prevalência das úlceras gástricas e duodenais em pacientes usando AINES

Estudo	No. de pacientes	Úlcera gástrica (%)	Úlcera duodenal (%)
Geis et al.,1991	1.826	14	9
Nobunaga,1991	1.008	24	5
Roth et al.,1989	239	23	6
Farah et al.,1988	185	19	7
Collins et al.,1986	150	28	18
Sontag et al.,1989	140	30	10
Collins et al.,1987	108	19	6
Larkai et al.,1987	65	14	2
Morris et al.,1981	65	12	2
Semle et al.,1987	30	21	19
Morgan,1987	30	27	17

Fonte: Raskin⁸⁵.
AINES = Antiinflamatórios não-esteróides

Os antiinflamatórios podem causar danos em todos os segmentos do tubo digestivo e no fígado. Estudo de metanálise conduzido por Gabriel et al.⁸⁶, com

avaliação de 16 trabalhos selecionados (sete estudos tipo coorte e nove tipo caso-controle), mostrou que o *odds ratio* (OR) para os efeitos colaterais gastrointestinais relacionados à ingestão crônica de medicação antiinflamatória foi de 2,74 entre todos os usuários e de 5,52 no segmento de indivíduos com mais de 60 anos.

Embora uma revisão de literatura compreendendo o período de 1966 a 1995 tenha encontrado apenas 198 casos de danos intestinais atribuídos ao uso de antiinflamatórios, a prática clínica sugere prevalência maior⁸⁷. Podem ser observadas úlceras no intestino delgado e grosso, sangramento, perfuração e estenoses. A ocorrência de estenose esofagiana também tem sido associada ao uso de AINES.

A taxa de mortalidade devido a sangramento gastrointestinal causado por AINES, entre os pacientes hospitalizados, é de 5,0% a 10,0%. Nos Estados Unidos, 16.500 mortes ocorrem anualmente por afecções relacionadas ao uso de antiinflamatórios em pacientes com artrite reumatóide e osteoartrite. Esse número é semelhante ao relatado na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e maior que a taxa de mortalidade relacionada a mieloma múltiplo, asma e linfoma de Hodgkin⁸⁸.

Os sintomas dispépticos são muito comuns, mas não sabemos se a incidência e a prevalência da dispepsia entre os indivíduos que fazem uso de antiinflamatórios são maiores do que na população em geral. As ações analgésicas dos antiinflamatórios não hormonais podem modificar os sintomas dispépticos. Entretanto, segundo Singh et al.⁸⁹, somente uma minoria dos pacientes que apresentam complicações gastrointestinais relacionadas ao uso de antiinflamatórios relata antecedentes de dispepsia. Em um outro estudo, 81% dos pacientes com graves complicações gastrointestinais relacionadas ao uso de antiinflamatórios não

apresentavam qualquer antecedente dispéptico⁸⁸.

A taxa de prevalência dos sintomas dispépticos, incluindo dor e queimação retroesternal, é muito variável (8,0% a 60,0%) nos diversos estudos. A maioria dos trabalhos publicados mostra prevalência média de 20,0% de sintomas dispépticos em indivíduos em uso de antiinflamatórios⁹⁰. Esses estudos têm falhado em demonstrar relação dos sintomas com os achados endoscópicos e/ou complicações. O estudo prospectivo realizado por Larkai et al.⁹¹ demonstrou que os sintomas dispépticos estavam presentes em 19,0% dos indivíduos com endoscopia normal e em somente 9,0% daqueles com achados endoscópicos anormais. Em outro estudo, Wolfe⁹² relatou que 55,0% dos pacientes com úlceras gástrica e duodenal relacionadas ao uso de AINES estavam assintomáticos no momento do exame.

O Misoprostol Ulcer Complications Outcomes Safety Assessment Study (MUCOSA)⁹³ revelou que apenas um terço dos pacientes com alterações gastrointestinais comprovadas apresentou sintomas. No entanto, a prevalência da úlcera ou de outras complicações sérias nesse grupo sintomático não foi estudada.

Vários artigos sugerem que a prevalência dos sintomas é maior no início do tratamento com as drogas antiinflamatórias, diminuindo significativamente após quatro semanas de uso. Nos pacientes com sintomas mais persistentes, parece haver maior prevalência de úlceras e de outras complicações.

Jones e Tait⁹⁴, em estudo caso-controle de pacientes em uso de antiinflamatórios realizado na Inglaterra, encontraram prevalência semelhante de sintomas dispépticos entre os dois grupos comparados. A prevalência de sintomas dispépticos, em 12 meses, foi de 46,0% entre os pacientes e de 43,0% no grupo

controle, ou seja, não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa. A comparação da freqüência dos sintomas dispépticos entre os vários grupos de antiinflamatórios em diversas dosagens, incluindo o ácido acetilsalicílico, também não mostrou diferenças estatisticamente significativas.

Talley et al.⁹⁵ realizaram estudo comparativo para avaliar a associação entre drogas antiinflamatórias e dispepsia funcional. Nesse estudo, os AINES não estavam relacionados com a dispepsia funcional ou com qualquer subgrupo individual de dispépticos (dispepsia tipo úlcera, dismotilidade ou inespecífica). Outros estudos caso-controle também foram realizados e falharam em mostrar tal associação⁹⁶.

Em geral, dois terços dos indivíduos que usam antiinflamatórios cronicamente apresentam lesões gástricas identificadas à endoscopia. Entre as principais anormalidades observadas ao exame endoscópico encontram-se:

- pequenas áreas de hemorragia da mucosa;
- lesões superficiais, às vezes recobertas por hematina, principalmente no fundo e corpo gástricos;
- úlcera gástrica, principalmente visualizada no antro;
- úlcera duodenal.

As pequenas áreas de hemorragia de mucosa gástrica e as erosões agudas têm pouco significado clínico, cicatrizam em poucos dias e ocorrem menos freqüentemente, se o uso do antiinflamatório é continuado (fenômeno de adaptação gástrica ao uso de AINES).

A úlcera gástrica tem grande significado clínico, principalmente pelo risco de apresentar complicações, entre as quais se incluem perfuração e hemorragia. A distinção entre úlceras duodenais induzidas pelos AINES e úlceras pépticas é, às

vezes, de difícil consecução.

Larkai et al.⁹¹ avaliaram a aparência endoscópica da mucosa gástrica em 65 pacientes em uso diário de antiinflamatórios por longo período. Em 21 pacientes (32,0%), a endoscopia era normal. Em 45 pacientes (68,0%), havia evidência de lesões (hemorragia da mucosa em 44,6%, erosões em 53,8% e associação dessas lesões em 34,0% deles). Em dez pacientes (15,4%) havia úlcera, sendo a maioria gástrica. Os sintomas dispépticos eram mais prevalentes no grupo de achados endoscópicos normais, e o trabalho confirmou achados anteriores de que os sintomas dispépticos nesse grupo de pacientes não predizem a presença de lesões (TAB. 3).

TABELA 3
Relação entre os sintomas dispépticos e os achados endoscópicos

Endoscopia	Sintomas presentes?	
	Sim [n=11 (14,5%)]	Não [n=65 (85,5%)]
Sem alterações	4 (19%)	17 (81%)
Com alterações discretas	4 (9%)	41 (91%)
Úlcera	3 (30%)	7 (70%)

Fonte: Larkai et al.⁹¹.

3.4.6 Dados epidemiológicos sobre dispepsia baseados em estudos populacionais

O primeiro estudo epidemiológico para avaliar a prevalência de sintomas dispépticos na população foi realizado por Doll et al. e publicado em 1951. Avaliando a prevalência de sintomas dispépticos em diferentes grupos de trabalhadores, sua amostragem era composta exclusivamente por homens, e não podemos dizer que fosse representativa da população. Só a partir de 1968, a prevalência da dispepsia foi estudada com base em amostra randomizada da população em geral⁹⁷.

Estudos populacionais têm sido conduzidos em vários países. Em um estudo de revisão publicado recentemente, Heading⁹⁷ selecionou, baseado em critérios preestabelecidos, dez estudos em vários países. Foram incluídos dois estudos realizados nos EUA, envolvendo grupos de faixa etária semelhante: o de Locke et al.⁶⁵ e o de Talley et al.⁴⁸. Os resultados da taxa de prevalência foram, respectivamente, de 10,6% e 25,8% para sintomas abdominais altos, 42,4% e 24,4% para pirose e 45,0% e 11,3% para regurgitação.

Dominitz e Provenzale⁹⁸ avaliaram a prevalência dos sintomas dispépticos e de DRGE em veteranos (homens e mulheres acima de 40 anos), através de questionários encaminhados para os pacientes ambulatoriais de clínica médica, propedêutica, ginecologia e gastroenterologia. A prevalência da dispepsia foi de 30,0%, 37,0%, 44,0% e 53,0%, respectivamente. Pirose, pelo menos semanalmente, foi relatada por 21,0%, 21,0%, 28,0% e 40,0% dos pacientes nas respectivas clínicas.

Crianças também apresentam sintomas dispépticos recorrentes, que podem ter origem orgânica ou funcional, mas existem poucos dados sobre sua prevalência na população pediátrica. Hyams et al.⁹⁹ avaliaram a prevalência desses sintomas em uma população adolescente e observaram que 20,0% apresentaram queixas de dor epigástrica no ano anterior. Além disso, 5,0% a 10,0% relatavam náuseas, pirose e regurgitação ácida.

Jones et al.⁵⁷ e Jones e Lydeard⁵⁸ realizaram, respectivamente em 1990 e 1989, estudos transversais em amostras estatisticamente definidas da população adulta da Grã-Bretanha. Encontraram índices de prevalência de 41,0% e 38,0%, considerando todos os sintomas dispépticos (inclusive pirose e refluxo). Penston e Pounder²⁹ publicaram os resultados de outro estudo transversal realizado nas

populações adultas da Inglaterra, Escócia e País de Gales e cuja definição de dispepsia incluía, além da dor e do desconforto epigástrico, pirose e regurgitação. Obtiveram taxa de prevalência de 40,0% (IC 95%; 38,0%-42,0%), muito semelhante, portanto, aos resultados dos estudos anteriores.

Estudos populacionais bem conduzidos também têm sido realizados nos países escandinavos. Kay e Jorgensen⁵⁹ e Kay et al.¹⁰⁰, na Dinamarca, Agréus et al.⁶³, na Suécia, e Bernersen et al.⁶¹, na Noruega, encontraram resultados diversos na população dessa região, mas consideraram critérios de definição diferentes em relação ao tempo dos sintomas. No primeiro dos dois estudos dinamarqueses, Kay e Jorgensen⁵⁹ avaliaram um grupo com idade entre 30 e 60 anos e encontraram alta taxa de prevalência dos sintomas dispépticos em conjunto, incluindo os sintomas de refluxo (M: 54,3% e F: 46,7%). Já Kay et al.¹⁰⁰ realizaram estudos para avaliar a prevalência dos sintomas dispépticos em um grupo mais idoso dessa mesma população (acima de 70 anos), observando taxa de incidência e prevalência menor do que a encontrada na faixa etária de 30 a 60 anos; nesse estudo, a taxa de prevalência anual dos sintomas dispépticos variou de 10,0% a 30,0%.

Agréus et al.⁶³, avaliando, por período de apenas três meses, população sueca adulta com idade entre 20 e 79 anos, encontraram taxa de prevalência dos sintomas no abdome superior de 16,7% e pirose associada a regurgitação em 25,3%. Bernersen et al.⁶¹, estudando população norueguesa de 20 a 69 anos, encontraram taxa de prevalência de sintomas dispépticos de 30,4% em homens e 24,1% nos indivíduos do sexo feminino.

Haque et al.¹⁰¹ publicaram os resultados de estudo transversal que realizaram na região de Wellington (Nova Zelândia), no qual a taxa de prevalência encontrada, considerando a associação de sintomas dispépticos e de refluxo, foi

também alta (45,2%).

A publicação dos resultados de estudos transversais em outros países, além desses citados, é rara. Caballero et al.¹⁰², em estudo populacional na Espanha encontraram prevalência de sintomas dispépticos de 23,9%.

Em 1999, foram publicados os resultados do primeiro estudo transversal que avaliou a prevalência dos sintomas dispépticos em diferentes países. O Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST)¹⁰³ avaliou a prevalência da dispepsia e o impacto dos sintomas gastrointestinais no Canadá, na Itália, no Japão, nos Países Escandinavos, na Suíça e nos EUA. A prevalência dos sintomas gastrointestinais, em três meses de observação, entre os 5.581 indivíduos que responderam ao questionário padrão encontra-se expressa na TAB. 4.

TABELA 4
Prevalência de sintomas gastrointestinais em diferentes países (n=5.581)

País	Qualquer sintoma gastrointestinal (% e IC 95%)	Sintomas gastrointestinais altos (% e IC 95%)	Sintomas gastrointestinais altos relevantes (% e IC 95%)
Canadá	44,7 (42,1-47,3)	39,8 (37,2-42,3)	28,6 (26,3-31,0)
Itália	46,9 (44,3-49,6)	43,1 (40,5-45,8)	35,5 (31,1-36,1)
Japão	37,4 (33,8-41,1)	25,6 (22,4-29,0)	9,4 (7,3-11,8)
Holanda	43,2 (39,5-47,0)	34,9 (31,3-38,5)	26,5 (23,3-29,9)
Países nórdicos	43,2 (40,6-45,8)	37,6 (35,1-40,2)	23,6 (21,4-25,9)
Suíça	29,4 (26,1-32,9)	25,5 (22,3-28,8)	17,7 (15,0-20,7)
USA	65,3 (62,8-67,8)	59,5 (56,9-62,1)	41,8 (39,2-44,4)
Total	46,4 (45,3-47,5)	40,6 (39,5-41,7)	28,1 (27,1-29,1)

Fonte: Stanghellini¹⁰³.
IC = Intervalo de Confiança

Esse importante estudo concluiu que, apesar de os critérios adotados serem homogêneos, diferenças significativas nas taxas de prevalência foram

encontradas quando se compararam os índices do Japão e da Suíça com os dos outros países estudados. A média, no entanto, foi de 46,4% para a presença de qualquer sintoma gastrointestinal, de 40,6% quando se consideraram apenas os sintomas digestivos altos e de 28,1% quando se incluíram apenas os sintomas considerados relevantes (definidos como de moderada intensidade e presentes pelo menos uma vez por semana).

Estudo realizado por Shah et al.¹⁰⁴ avaliou a prevalência e as implicações econômicas da dispepsia na região de Mumbai, Índia. Foram entrevistados 2.549 indivíduos adultos, sendo que mais da metade deles apresentava sobreposição dos sintomas. A prevalência de sintomas dispépticos foi de 30,4%, observando-se maior prevalência de sintomas que sugeriam dismotilidade (33,2%).

Não existem dados, na literatura, sobre estudos epidemiológicos populacionais brasileiros para avaliação de dispepsia. São encontrados apenas relatos isolados de avaliação de grupos pequenos, como o realizado por Sobral et al.¹⁰⁵ que, em trabalho desenvolvido para avaliar prevalência dos sintomas dispépticos (incluindo pirose) em amostra de alunos de uma escola de medicina, demonstraram taxa de 25,0%.

3.4.7 Freqüência dos achados endoscópicos e histológicos em indivíduos com dispepsia: dados de estudos em centros de referência

A pesquisa da relação entre os sintomas dispépticos e os achados endoscópicos e histológicos correspondentes tem sido realizada em estudos muito interessantes, por diversos autores, em vários centros de pesquisa.

Johnsen et al.¹⁰⁶ realizaram estudo caso-controle no qual compararam um

grupo de 309 pacientes com queixas dispépticas com 310 controles pareados por idade e sexo (foram formados 273 pares). Os componentes de ambos os grupos foram submetidos a endoscopia digestiva alta, com biópsias para exame histológico. A TAB. 5 mostra os resultados encontrados nos dois grupos. Com exceção da úlcera péptica e da duodenite, não foi demonstrada qualquer relação entre o quadro de dispepsia e os achados endoscópicos. Mesmo assim, 30,0% a 50,0% dos casos de gastroduodenite e úlcera péptica foram diagnosticados entre os pacientes do grupo controle.

TABELA 5
Prevalência dos achados endoscópicos e histológicos em 273 pacientes e em 273 controles pareados por idade e sexo, em Sorreisa, Noruega - 1987

Achados	Pacientes dispépticos	Controles	Pares discordantes	Valor de p (Teste de McNemar)
Endoscópicos:				
Esofagite	33 (12,1)	22 (8,1)	31/20	0,26
Hérnia hiatal	9 (3,3)	7 (2,6)	8/6	0,79
Gastrite superficial	55 (20,1)	44 (16,1)	48/37	0,28
Gastrite atrófica	10 (3,7)	11 (4,0)	10/11	1,0
Refluxo duodenogástrico	50 (18,3)	35 (12,8)	41/26	0,09
Úlcera péptica	23 (8,4)	10 (3,7)	22/9	0,02
Duodenite	55 (20,1)	24 (8,8)	52/21	0,0005
Endoscopia normal	146 (53,5)	181 (66,3)	47/82	0,003
Histológicos:				
Gastrite crônica superficial	118 (43,2)	102 (37,4)	63/47	0,15
Gastrite atrófica	170 (62,3)	138 (50,5)	81/49	0,007
Gastrite crônica ativa	73 (26,7)	52 (19,0)	58/37	0,04
Duodenite	170 (62,3)	191 (70,0)	38/59	0,04
Histologia normal	43 (15,8)	35 (12,8)	37/29	0,4
Endoscopia/Histologia normais	28 (10,3)	31 (11,4)	26/29	0,8

Fonte: Johnsen et al.¹⁰⁶.

A prevalência de exames endoscópicos normais entre os pacientes dispépticos foi de 53,5%. Quando foi realizada sua correlação com a histologia, esse percentual caiu para 10,3%.

Talley et al.³⁸, trabalhando na Divisão de Gastroenterologia da Mayo Clinic, avaliaram, prospectivamente, a capacidade diagnóstica de sintomas dispépticos em 820 pacientes selecionados consecutivamente e que haviam respondido, antes da realização da endoscopia, a questionários predeterminados sobre suas queixas gastrointestinais. Foi utilizada a classificação para dispepsia em subgrupos, proposta por Colin-Jones et al.²⁶: dispepsia tipos úlcera, dismotilidade e refluxo e síndrome do intestino irritável (SII). Os autores argumentaram que, além de a frequência de ocorrência desses sintomas em pacientes com dispepsia funcional ser desconhecida, sua relevância clínica era também incerta, o que justificava o estudo. Complementarmente, estudaram a frequência e distribuição dos subgrupos de pacientes dispépticos e testaram a hipótese de que, através dos subgrupos de sintomas, era possível fazer a discriminação entre dispepsia funcional e de causa orgânica. A prevalência de dispepsia funcional no grupo foi de 19,7%; a de úlcera péptica, de 11,7%; a de gastroduodenite, de 11,0%; e a de esofagite de refluxo, de 14,4%. Em 40,0% dos pacientes a endoscopia foi realizada por outros motivos. Constatando uma grande sobreposição dos sintomas nos pacientes com dispepsia funcional (31,0% deles apresentavam sintomas de mais de um subgrupo), os autores concluíram que a classificação dos sintomas em subgrupos não havia sido útil na identificação de doença específica nem na dos pacientes com dispepsia orgânica ou funcional.

Em 1994, Muris et al.¹⁰⁷ publicaram artigo de revisão no qual buscaram determinar o valor diagnóstico dos sinais e sintomas em pacientes com queixas abdominais altas. Realizaram ampla busca na literatura e, utilizando critérios rigorosos, selecionaram dez trabalhos sobre epidemiologia dos sintomas dispépticos. Verificaram grande variação percentual na frequência de ocorrência de doenças orgânicas nos estudos (18,0% a 69,0%) e observaram também, em alguns trabalhos, que o valor preditivo negativo para dispepsia causada por doenças orgânicas gastrointestinais, especificamente úlcera péptica e cálculo biliar, é alto. Também relataram alto valor preditivo positivo para dispepsia funcional. Mesmo assim, os autores concluíram serem necessários mais estudos para melhor validação dos modelos de predição para emprego na prática clínica rotineira.

O valor discriminatório dos sintomas dispépticos para os achados endoscópicos gastrointestinais foi estudado, prospectivamente, por Adang et al.¹⁰⁸. Técnicas de análise estatística adequadas, tais como modelo de regressão, foram utilizadas para estabelecer o poder discriminatório dos sintomas em pacientes com endoscopia normal e nos portadores de úlceras gástrica e duodenal, hérnia hiatal ou esofagite. A maior capacidade de discriminação foi obtida nos pacientes com úlcera péptica gástrica ou duodenal, e a menor ocorreu nos casos de duodenite e gastrite endoscópica. Também foi evidenciado que a contribuição da anamnese para a predição de doença endoscópica clinicamente relevante era muito limitada. Foram avaliadas 73 variáveis nesse estudo, e somente quatro contribuíram para a discriminação dos pacientes com achados relevantes (pacientes de sexo

masculino, história progressiva de úlcera péptica, pirose e presença ou não de dor no hemi-abdome superior). A associação da idade com achados endoscópicos relevantes não foi significativa nesse estudo, ao contrário do que se descreveu em outros trabalhos¹⁰⁹⁻¹¹¹. Os autores também não encontraram relação entre as queixas dispépticas e os diagnósticos endoscópicos de gastrite e duodenite. Por fim, concluíram que modelos de predição diagnóstica baseados em sintomas dispépticos e destinados a pacientes encaminhados para endoscopia digestiva não são sensíveis o bastante para serem utilizados na prática clínica. Trabalhos publicados anteriormente por Petersen et al.¹¹² e por Lindberg et al.¹¹³ já sugeriam que os modelos de predição diagnóstica baseados em sintomas não devem ser extrapolados para outras populações, além daquela em que foram estudados.

Davenport et al.¹¹⁴ avaliaram prospectivamente, na Inglaterra, 1.041 pacientes, para responder se a avaliação clínica preliminar do paciente dispéptico, com a conseqüente utilização dos dados da anamnese para inferir sobre o risco de doença orgânica, permitiria uso mais apropriado da endoscopia. As informações obtidas foram analisadas por programa de computador adequado e predefinido. De acordo com os resultados, os pacientes foram classificados como apresentando risco baixo, médio ou alto para doenças orgânicas. Após a avaliação final, foi realizada a comparação dos dados. Nesse estudo, pacientes classificados como de baixo risco tinham 10,0% de chance de ter úlcera péptica e 0,3% de ter câncer, enquanto os pacientes classificados como de alto risco tinham 20,0% de possibilidade de ter úlcera péptica e 10,0% de ter câncer. Assim, nesse estudo,

foram relatados benefícios de se tentar estabelecer o valor preditivo dos sintomas dispépticos, ao contrário de outros estudos já mencionados.

Numans et al.³⁷ realizaram estudo transversal e multicêntrico na Holanda, para avaliar a prevalência de doenças digestivas altas em centros de endoscopia digestiva. Foram incluídos 861 pacientes. A prevalência de úlcera duodenal e gástrica foi de 9,8% e 5,0%, respectivamente. Doenças neoplásicas ocorreram em 2,5% dos casos, e em 16,0% (138 pacientes) nenhuma alteração foi relatada à endoscopia.

Outro estudo prospectivo, desenvolvido na Escócia por Crean et al.¹⁰⁹, utilizou os sintomas dispépticos para inclusão dos pacientes, sem, no entanto, agrupar esses sintomas. Foi realizada uma análise descritiva, e a freqüência de úlcera duodenal como principal diagnóstico foi de 26,0%. O diagnóstico de dispepsia funcional foi feito em 22,0% dos casos. Esse trabalho avaliou a freqüência de diagnósticos secundários e terciários, o que ocorreu em 69,0% dos exames endoscópicos. O uso de álcool e o hábito de fumar foram observados com maior freqüência nos portadores de doenças orgânicas do que nos pacientes com dispepsia funcional.

Heikkinen et al.¹¹⁵ realizaram estudo prospectivo para determinar a prevalência das principais causas de dispepsia. Avaliaram 400 pacientes dispépticos consecutivamente e observaram prevalência de esofagite em 15,0%, refluxo gastroesofágico sintomático sem esofagite em 12,0%, úlcera duodenal em 9,0%, úlcera gástrica em 4,0%, duodenite erosiva em 2,0% e neoplasia em 2,0% deles. Em 55,0% dos pacientes, não foram identificadas causas orgânicas para os sintomas relatados.

Com o objetivo de tentar responder à questão sobre qual seria a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica para o paciente dispéptico, uma comissão da American Gastroenterological Association (AGA) conduziu grande revisão sobre o assunto, publicada em 1998⁸. Entre os vários pontos revisados, fez-se amplo levantamento dos trabalhos referentes à epidemiologia da dispepsia publicados, até aquela data, em vários países. Embora não tenha se constituído de uma análise comparativa, tal revisão permitiu visualização adequada de quão diversos são os resultados nos diversos trabalhos publicados.

Os principais achados dos exames endoscópicos em pacientes com dispepsia, em diferentes publicações, estão sumariados na TAB. 6. A observação em conjunto, possibilitada por tal tabela, reforçou a impressão da ampla variabilidade dos índices de prevalência desses diagnósticos nas diversas publicações. A úlcera duodenal mostrou índice de prevalência que variou de 1,0% a 34,0% e, em quatro trabalhos dessa série^{38,116,119,123}, foi menos freqüente que a úlcera gástrica. O diagnóstico de esofagite endoscópica variou de 0,53% até 29,0%. A prevalência de câncer no tubo digestivo esteve entre 0,2% e 4,0%, sem especificação do local acometido. Na grande maioria dos estudos, no entanto, o principal diagnóstico foi de normalidade endoscópica nos segmentos examinados.

Realizamos amplo levantamento na literatura, a partir de 1966, em busca de dados relativos à epidemiologia da dispepsia no Brasil. Utilizando a expressão “dispepsia” e realizando seu cruzamento com o termo “epidemiologia”, tanto no idioma inglês quanto no português, não identificamos qualquer estudo epidemiológico no banco de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

TABELA 6
Achados endoscópicos em pacientes com dispepsia

Estudo (n)	Idade	UD (%)	Deformidades bulbares (%)	UG (%)	Esofagite (%)	Câncer (%)	Normal (%)
Gear et al. ¹¹⁶ (968)	Não disponível	1,0	9,3	5,5	2,7	2,2	58,0
Fedail et al. ¹¹⁷ (2.500)	Média: 34 anos	17,0	2,0	0,7	8,0	1,0	42,0
Nyrén et al. ¹¹⁸ (972)	Média: 38 anos	2,0	1,0	2,0	3,0	0,2	72,0
Davenport et al. ¹¹⁴ (104)	Não disponível	10,0	Não disponível	5,0	Não disponível	2,6	60,0
Fjøsne et al. ¹¹⁹ (1.275)	Média: 57 anos	8,0	9,0	12,0	9,0	3,3	53,0
Saunders et al. ¹²⁰ (559)	Média: 42 anos	23,0	21,0	6,0	29,0	0,2	31,0
Williams et al. ¹²¹ (689)	40% < 45 anos	12,0	Não disponível	8,0	14,0	2,5	49,0
Mansi et al. ¹¹¹ (2.253)	Não disponível	5,0	1,2	1,7	0,53	2,0	28,0
Hallssey et al. ¹²² (2.659)	>40 anos	10,0	Não disponível	6,0	19,0	4,0	32,0
Johannessen et al. ¹¹⁰ (930)	33% < 40 anos	12,0	Não disponível	5,0	14,0	1,0	71,0
Bytzer et al. ¹²³ (878)	Não disponível	7,0	Não disponível	8,0	2,0	1,4	64,0
Talley et al. ³⁸ (820)	14-90 (média: 62 anos)	4,0	Não disponível	8,0	14,0	3,0	60,0
Bianchi Porro e Petrillo ¹²⁴ (2.229)	Média: 48 anos	34,0	Não disponível	8,0	20,0	2,0	56,0
Ayoola et al. ¹²⁵ (10.112)	8-96 anos	12,0	Não disponível	2,0	9,0	1,0	27,0
Stanghellini et al. ¹²⁶ (1.057)	Média: 39 anos	21,0 UD+UG	Não disponível	—	10,0	1,0	64,0
Numans et al. ³⁷ (861)	Não disponível	9,8	Não disponível	5,0	23,0 (+ gastrite e duodenite erosivas)	2,5	16,0
Adang et al. ¹⁰⁸ (1.147)	Média: 50 anos	7,0	Não disponível	5,0	12,5	1,2	34,9
Crean et al. ¹⁰⁹ (1.540)	Média: 43,4 anos	25,9	Não disponível	6,8	8,9	3,2 (gastro-duodenite)	36,6
Heikkinen et al. ¹¹⁵ (400)	77% >44 anos	8,5	Não disponível	4,3	15,0	2,0 (gastrite + esofagite)	34,0

n = número de indivíduos avaliados / UD = úlcera duodenal / UG = úlcera gástrica.

No banco de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nossa busca sobre os estudos referentes à epidemiologia da dispepsia incluiu os últimos 20 anos (a partir de 1982). Identificamos três estudos prospectivos e uma dissertação de mestrado em que se estudou a dispepsia não ulcerosa. Entre esses trabalhos, destacamos o de Toporovski et al.¹²⁷, no qual se avaliaram 30 crianças e 76 adolescentes com dispepsia. Semelhantemente aos resultados, já relatados, de estudos realizados em outros países, a prevalência de endoscopias normais nesse trabalho foi alta (30,0% nas crianças e 14,0% nos adolescentes). A prevalência de gastrite leve a moderada foi de 72,0% nos adolescentes e de 37,0% nas crianças, predominando o aspecto nodular da mucosa. Os autores detectaram úlcera péptica em 16,0% das crianças e em 7,0% dos adolescentes. A colonização pelo *H. pylori* foi mais prevalente nos adolescentes (52,0%) do que nas crianças (36,0%), porém essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,195$).

Outro dos trabalhos identificados no LILACS foi o de Meirelles et al.¹²⁸. Avaliando 243 pacientes dispépticos selecionados e pré-qualificados quanto ao tipo de dispepsia, os autores demonstraram que quase 10,0% dos pacientes com dispepsia tipo úlcera apresentavam exames endoscópicos normais ou apenas alterações inflamatórias mínimas. Esse percentual foi ainda maior nos pacientes com dispepsia tipo dismotilidade (49,6%) e refluxo (52,0%). Nos três grupos, a lesão mais freqüente foi a úlcera duodenal.

Em 1990, Sampaio¹²⁹ defendeu dissertação de mestrado junto à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, estudando a correlação clínica, endoscópica e histológica em pacientes com dispepsia não ulcerosa. A autora avaliou 49 pacientes e 15 controles e encontrou taxa de 61,2% de exames

endoscopicamente normais no grupo de dispépticos funcionais e 36,7% de alterações inflamatórias leves no antro. Nenhuma correlação entre os achados endoscópicos e o quadro clínico dos pacientes foi estabelecida. As alterações histológicas foram encontradas em 77,5% dos pacientes, sendo que o achado predominante foi a gastrite crônica antral. Concluiu-se que as alterações encontradas na endoscopia e na histologia não eram responsáveis pelos sintomas naquele grupo de pacientes com dispepsia funcional.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Pacientes

O estudo foi realizado a partir da análise retrospectiva de 12.261 exames endoscópicos executados no Serviço de Endoscopia Digestiva de Belo Horizonte (SERVESCOPIY), no período de 9 de julho de 1991 a 7 de março de 2001.

A pesquisa foi conduzida a partir da revisão de todos os laudos dos exames endoscópicos realizados na clínica no período definido para o estudo, os quais se encontravam arquivados no Setor de Informática do Serviço, gravados em arquivo de fácil acesso para utilização. Os exames, na sua totalidade, foram executados pelos dois médicos do Serviço, que já somavam dez anos de trabalho em conjunto à época do desenvolvimento do estudo. Os dois médicos envolvidos na realização dos exames endoscópicos, Maria de Fátima Masiero Bittencourt e Jairo Silva Alves (responsável por este projeto), concluíram seus cursos de especialização em endoscopia digestiva em 1980 e 1985, respectivamente, no Serviço de Endoscopia do Professor Celso Affonso de Oliveira e do endoscopista Geraldo Ferreira Lima Júnior.

4.1.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os laudos dos pacientes admitidos no serviço de referência para realização do exame endoscópico no período determinado, em regime exclusivamente ambulatorial, encaminhados por convênios médicos, clínicas

privadas e por vários postos de atendimento em saúde pública.

Os pacientes participantes da pesquisa tinham dados demográficos e laudos completos, incluindo os dados da anamnese, que foram colhidos e anotados sistemática e rigorosamente de acordo com o protocolo anteriormente definido pelos médicos do serviço.

4.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos para análise os laudos de pacientes provenientes de ambulatórios de pesquisa (Ambulatório de Úlcera Péptica, Dispepsia e Esôfago do Hospital Bias Fortes - Hospital das Clínicas da UFMG), de pacientes em programas de terapêutica endoscópica (escleroterapia de varizes, ligadura elástica, dilatação esofagiana, tratamento de mega-esôfago e esclerose de lesões sangrantes) e de pacientes com história de cirurgia prévia de esôfago, estômago e duodeno.

Também foram rejeitados os laudos com anamnese incompleta ou cujos dados não estavam devidamente registrados e os de pacientes que não completaram a endoscopia digestiva alta por motivos alheios a um impedimento anatômico.

4.2 Métodos

Foi desenvolvido um programa utilizando a linguagem de computação “Visual Basic” em programa Excel 1997, e, após o levantamento dos laudos, os dados foram incluídos em uma planilha que constituiu o banco de dados (ANEXO A) a partir do qual foi realizada a análise estatística posterior.

Após determinação do objeto de estudo, foram selecionadas as variáveis a serem incluídas, sua definição e sua forma de inserção na planilha. As variáveis contemplavam os dados demográficos, os dados clínicos obtidos a partir da anamnese e categorizados para inclusão, os dados do exame endoscópico, os dados do exame anatomopatológico e os resultados do teste de urease e da pesquisa histológica de *Helicobacter pylori* eventualmente realizados.

4.2.1 Dados demográficos

Foram incluídos todos os dados importantes para a identificação de cada caso, a saber: número de prontuário, idade (data de nascimento), sexo, cor, naturalidade (interior ou capital de Minas Gerais, outro estado brasileiro, outro país), residência, profissão e categoria (SUS, convênios, clínica particular).

Todas essas variáveis apresentavam alternativas a serem escolhidas, com inclusão automática na planilha. As variáveis com grande amplitude de possibilidades, como a da profissão, demandaram tratamento específico para permitir análise posterior. No caso das profissões, por exemplo, foi necessário o agrupamento por afinidade entre as suas diversas categorias (ANEXO B).

4.2.2 Dados clínicos

A avaliação dos dados clínicos de cada paciente incluído foi possível devido ao seu registro cuidadoso no respectivo laudo arquivado. Esses dados foram registrados após anamnese objetiva que incluiu:

- queixa principal ou principal motivo que levou o paciente a ser encaminhado ao serviço para exame endoscópico e sua categorização, com informação dos sintomas relacionados ou associados: início do principal sintoma, duração, características específicas, relação desses sintomas com a alimentação e com o uso de medicamentos;
- identificação de sintomas que sugerissem presença de alterações do trato digestivo superior, tais como sintomas sugestivos de doença esofágica e queixas dispépticas, e anotação de outros sintomas relacionados ao trato digestivo alto;
- alterações gerais que pudessem refletir doenças no trato digestivo alto, como emagrecimento, anemia e alterações do apetite;
- hábitos e uso de medicamentos: todos os pacientes foram questionados sobre uso/abuso de bebidas alcoólicas (que caracterizamos como uso excessivo de bebidas alcoólicas em situações sociais normais, o beber isolado, no período matinal ou à noite para induzir o sono), tabagismo (incluídos os pacientes com relato de uso do tabaco, independente da quantidade) e drogas antiinflamatórias (incluídos os casos de todos os pacientes que relataram uso de qualquer droga antiinflamatória, em qualquer quantidade, até 48 horas antes do exame endoscópico);
- outros sintomas digestivos: alteração no hábito intestinal;
- história pregressa de doenças do tubo digestivo alto, incluindo história de hemorragia digestiva alta ou baixa.

4.2.2.1 Categorização dos dados da anamnese

Com o objetivo de relacionar a queixa clínica principal com o achado endoscópico, procuramos categorizar os dados da história clínica. Realizada exclusivamente pelos dois profissionais médicos envolvidos no projeto, essa categorização ocorreu antes do conhecimento do laudo endoscópico e depois do estabelecimento de critérios adequados e bem definidos. Após a definição cuidadosa dos critérios para a categorização dos sintomas dispépticos identificados na anamnese, realizamos treinamento para estabelecer o grau de concordância entre a equipe envolvida, o que foi feito através de teste estatístico comparativo (índice Kappa). Nessa etapa, os dois endoscopistas avaliaram a categorização de uma série de 100 anamneses. A concordância foi aceita, e o trabalho, iniciado, quando o índice Kappa, entre os dois endoscopistas, ultrapassou 0,85. Em cada caso, a concordância foi testada e definida em relação tanto à categorização dos dados clínicos quanto à definição do principal diagnóstico endoscópico.

4.2.2.2 Categorização dos motivos do exame endoscópico

Os laudos avaliados foram categorizados em sete subgrupos quanto ao motivo do exame.

4.2.2.2.1 Queixas dispépticas inespecíficas

Nesse grupo foram incluídos os pacientes com sintomas localizados no hemi-abdome superior, predominantemente no epigástrico, caracterizados por dor

leve tipo queimação, cólica, “fundura” ou “roedeira”, acompanhados ou não de sintomas esofagianos pouco freqüentes e de queixas de saciedade precoce, sensação de plenitude gástrica e náuseas. Caracterizam esse grupo os fatos de nenhuma dessas queixas se sobressaírem e de todas elas apresentarem freqüência variável, na maioria das vezes de ocorrência pouco freqüente, não diária. Tais sintomas não mostravam ritmicidade ou periodicidade evidentes. Consideramos, no entanto, um período mínimo de 30 dias de sintomatologia para a inclusão do paciente nesse grupo. Os pacientes desse grupo foram denominados portadores de dispepsia inespecífica.

4.2.2.2.2 Sintomas dispépticos sugestivos de úlcera péptica

Incluímos nesse subgrupo os pacientes cujo sintoma predominante era dor epigástrica crônica, tipo queimação, “fundura” ou “roedeira”, com ritmicidade, podendo ou não apresentar periodicidade e ocorrência noturna. Outros sintomas referentes ao trato digestivo alto podiam estar associados, sem entretanto se sobressaírem. Os pacientes desse grupo foram denominados portadores de dispepsia tipo úlcera.

4.2.2.2.3 Sintomas dispépticos sugestivos de dismotilidade

Incluímos nesse grupo os pacientes com queixas esofagianas pouco definidas, como desconforto retroesternal não doloroso, disfagia ocasional e sensação de bolo retroesternal, e aqueles com queixas de saciedade precoce e plenitude gástrica. Os pacientes desse grupo foram denominados portadores de

dispepsia tipo dismotilidade.

4.2.2.2.4 Sintomas únicos ou predominantes de refluxo gastroesofágico

Incluimos nesse grupo os pacientes com pirose, regurgitação e refluxo gastroesofágico.

4.2.2.2.5 Pacientes encaminhados para propedêutica gastrointestinal

Incluimos nesse grupo pacientes encaminhados à endoscopia para complementação diagnóstica, mas que não apresentavam qualquer sintoma dispéptico ou de refluxo gastroesofágico; pacientes encaminhados para propedêutica de anemia; pacientes com relato de hemorragia digestiva sem queixas; pacientes encaminhados para pesquisa de dor abdominal não característica e não esclarecida por outros métodos diagnósticos; pacientes portadores de hepatopatias encaminhados para pesquisa de varizes esofagianas; e pacientes sem sintomas típicos encaminhados para pesquisa de doença do refluxo gastroesofágico.

4.2.2.2.6 Disfagia

Incluimos nesse grupo os pacientes que apresentavam disfagia como único sintoma, em suas várias gradações, mas de ocorrência diária, não ocasional.

4.2.2.2.7 Outros

Incluimos nesse grupo pacientes encaminhados para biópsias (gástricas, da segunda porção duodenal e da papila de Vater) e pacientes assintomáticos encaminhados para avaliação pré-operatória.

4.2.3 Dados da endoscopia digestiva de esôfago, estômago e duodeno

Após a realização de cada exame endoscópico, os profissionais examinadores emitiam o respectivo laudo, no qual incluíam as principais informações sobre o exame e as possibilidades diagnósticas sob o ponto de vista endoscópico. Os laudos foram elaborados de forma padronizada, consensual e em linguagem técnica; utilizaram-se, sempre que necessário, graduação e classificação internacionalmente aceitas para as alterações diagnosticadas. Assim, os laudos dos exames incluídos continham todas as informações referentes ao paciente: dados demográficos, preparo a que foi submetido para realização do exame, observações quanto à sua tolerância ao procedimento e, quando havia alteração no exame, descrição da orofaringe e do esfíncter esofágico superior.

O esôfago foi descrito em relação à presença ou ausência de alterações na mucosa, tais como erosões, ulcerações, sinais de infecção, lesões polipóides e varizes esofágicas, e de alterações na cor e na parede do órgão. Descreveram-se também a junção esôfago-gástrica, com relato da presença ou ausência de hérnia hiatal, e a execução de biópsias eventualmente realizadas.

O estômago foi descrito com informações sobre o conteúdo gástrico (líquido ou com restos alimentares, bilioso ou não, presença de sangue vivo ou

coagulado). Descreveu-se a mucosa do corpo e fundo quanto à cor, ao pregueamento e à integridade. As alterações da mucosa, quando presentes, foram ressaltadas. Assim, as lesões ulceradas cicatriciais, elevadas ou vasculares foram cuidadosamente descritas quanto a sua localização. O corpo gástrico foi avaliado em seus terços proximal, médio e distal e em suas grande e pequena curvaturas, com suas vertentes anterior e posterior. Observou-se a cárdia à retrovisão, com relato das alterações presentes. A descrição do antro foi realizada sempre a partir da incisura angular, relatando-se alterações na forma dessa região até o piloro. A mucosa foi avaliada quanto à cor e à integridade. As erosões presentes foram caracterizadas como planas e elevadas. As lesões ulceradas foram descritas quanto a número, localização, tamanho, profundidade, características do fundo da lesão, limites da ulceração, bordas da lesão e elasticidade da mucosa local, bem como quanto à presença ou ausência de convergência de pregas. Outras lesões deprimidas, planas ou elevadas foram também descritas. Observou-se ainda o piloro quanto a sua forma, relatando-se anormalidades ou a presença de deformidades anatômicas.

O duodeno foi descrito, a partir da região justapilórica até a segunda porção duodenal, com informações quanto à forma e à presença de lesões.

4.2.3.1 Diagnósticos endoscópicos incluídos no estudo

4.2.3.1.1 Exame endoscópico normal

O exame de esôfago, estômago e duodeno foi considerado endoscopicamente normal^{130,131} quando não mostrava qualquer alteração na forma,

na coloração da mucosa, no relevo mucoso ou na distensibilidade das paredes ou presença de corpos estranhos.

O esôfago normal à endoscopia mostra mucosa íntegra, lisa e translúcida, permite a visualização do plexo vascular da submucosa e não acumula secreção em sua luz. A presença de quatro a cinco pregas longitudinais da mucosa no esôfago distal fornece aspecto característico à junção esofagogástrica. Esta é facilmente aberta pela insuflação de ar, permitindo a pronta introdução do endoscópio na luz gástrica.

No estômago endoscopicamente normal identificam-se áreas anatômicas distintas, como cárdia, fundo, corpo, antro, região angular e piloro. A mucosa gástrica considerada normal apresenta coloração róseo-salmão uniforme, permitindo, após avaliação cuidadosa, a visualização das áreas gástricas; mostra pregueamento longitudinal característico no corpo e, mais raramente, no fundo gástrico. A mucosa antral não apresenta pregueamento e é lisa. Vasos sanguíneos não são normalmente observados durante a gastroscopia.

O piloro normal geralmente tem forma ovalada e pode mostrar-se aberto ou fechado; de fácil transposição, permite o acesso e exame do duodeno (bulbo e segunda porção duodenal inicial).

4.2.3.1.2 Hérnia hiatal por deslizamento

A linha de separação entre as mucosas gástrica e esofágica é denominada, anatomicamente, *ora serrata* (latim) ou *linha zeta*. Normalmente, a *ora serrata* localiza-se ao nível do hiato diafragmático (ou imediatamente abaixo dele), e, nesses casos, não é possível o diagnóstico endoscópico ou radiológico de hérnia hiatal.

Neste estudo foram adotados os critérios propostos por Oliveira et al.¹³² al, que em analogia aos critérios radiológicos propostos por Wolf¹³³, demonstraram ser possível o diagnóstico endoscópico de hérnia hiatal. Os autores consideram a presença de hérnia hiatal por deslizamento quando a *ora serrata* se encontra dez ou mais milímetros acima do pinçamento diafragmático. Esse diagnóstico foi realizado endoscopicamente, tomando-se por base a distância estimada em milímetros ou em centímetros, medida com endoscópio, entre a junção mucosa esofagogástrica e o pinçamento diafragmático, preferencialmente com o paciente em apnéia pós-inspiratória.

4.2.3.1.3 Esofagite

Os achados endoscópicos, na doença do refluxo gastroesofágico, podem mostrar alterações na coloração da mucosa, desaparecimento da trama vascular, presença de erosões vermelhas, erosões recobertas por fibrina, úlceras, estenose e epitélio metaplásico de Barrett¹³⁴. Neste estudo foram considerados os casos de pacientes com alterações macroscópicas esofagianas não-erosivas^{135,136}, que incluem alterações da cor da mucosa (mucosa brancacenta ou presença de faixas avermelhadas) e o desaparecimento da visibilidade da trama vascular, colocando-os em um grupo separado do de pacientes com esofagite macroscópica inquestionável pela presença de solução de continuidade da mucosa. Para os pacientes com esofagite erosiva foi utilizada a classificação de Savary-Miller original¹³⁷. Segundo essa classificação, o grau I é atribuído a pacientes com erosão isolada ou erosões lineares que não confluem; o grau II corresponde à presença de erosões que confluem mas não ocupam toda a circunferência do esôfago; o grau III, a erosões

que confluem e ocupam toda a circunferência do esôfago; e o grau IV, à presença de úlcera, estenose ou epitélio metaplásico de Barrett.

4.2.3.1.4 Neoplasia esofagiana

O diagnóstico endoscópico das lesões neoplásicas do esôfago baseou-se na identificação de alterações na mucosa esofagiana. Nas lesões precoces, essas alterações são discretas e podem ser restritas à coloração e à regularidade da superfície, o que dificulta o diagnóstico endoscópico. Nas lesões avançadas, o diagnóstico endoscópico baseou-se na observação de lesões elevadas (vegetantes ou de aspecto polipóide), infiltrativas e ulceradas e de estenoses. Todos os casos de câncer de esôfago tiveram comprovação histológica complementar não incluída neste estudo.

4.2.3.1.5 Outras afecções do esôfago

O diagnóstico endoscópico das outras afecções que acometem o esôfago, como a presença de infecções, varizes, estenoses e corpos estranhos, baseou-se nos critérios de diagnóstico endoscópico conhecidos, e, sempre que necessário, foi realizada biópsia para confirmação da etiologia. Devido à sua baixa prevalência e objetivando facilitar sua análise, colocamos essas alterações em um único grupo.

4.2.3.1.6 Gastrites

Neste estudo, foram utilizados os critérios endoscópicos propostos pela classificação de Sidney¹³⁸ para as gastrites. Essa classificação estabelece critérios para o diagnóstico endoscópico e histológico. O diagnóstico endoscópico de gastrite aguda baseou-se na presença dos seguintes achados: enantema, friabilidade, hemorragia focal, erosões e ulcerações¹³⁹. Para o diagnóstico de gastrite crônica foi considerada a presença de enantema, erosões, nodularidade, alterações no pregueamento do corpo gástrico, adelgaçamento da mucosa e visualização do plexo vascular da submucosa¹⁴⁰, sempre se relatando a topografia (antro, corpo ou pangastrite). O diagnóstico histológico, componente importante no diagnóstico de gastrite superficial¹⁴¹, não foi considerado.

Em nosso estudo, procuramos nos ater aos critérios estabelecidos na classificação de Sidney¹³⁸, agregando de forma sistematizada as categorias de gastrite endoscópica por ela propostas, para permitir sua análise e correlação com os dados da história clínica. Assim, consideramos os seguintes agrupamentos diagnósticos para estudo das gastrites em nosso trabalho:

- gastrite crônica não-atrótica, compreendendo alterações inflamatórias não agudas na mucosa, sem sinais de atrofia;
- gastrite crônica atrótica do antro (gastrite tipo B) ou do corpo e antro (tipo AB);
- gastrite crônica atrótica exclusiva do corpo gástrico, sugerindo etiologia auto-imune (tipo A);
- gastrites agudas relacionadas ao uso de AINES;
- formas especiais de gastrite.

4.2.3.1.7 Lesões ulceradas gastroduodenais

As lesões ulceradas gástricas e duodenais foram avaliadas quanto à localização (com descrição da região gástrica acometida, incluindo região angular e das paredes anterior e posterior do duodeno, com suas vertentes inferior e superior^{142,143}), ao número, ao tamanho, à forma, à profundidade, aos limites e às bordas, ao fundo, à mucosa circunvizinha, à convergência de pregas e ao estado do órgão que as contém. Com as informações da macroscopia, foi realizado o estadiamento endoscópico da lesão em relação ao grau de atividade, utilizando-se a classificação proposta por Sakita (*apud* Oliveira et al.¹⁴²), em 1973, para descrever as lesões ulceradas:

- Estágio A (Active Stage)
 - A1 – A ulceração é arredondada, recoberta por espessa camada de fibrina, com bordas bem definidas e não mostra convergência de pregas.
 - A2 – A ulceração mostra forma ovalada ou arredondada, mas nela já se visualiza convergência de pregas.
- Estágio H (Healing Stage)
 - H1 – A úlcera é mais superficial, e o fundo, recoberto por fina camada de fibrina. Observa-se nítida convergência de pregas.
 - H2 – Os fenômenos de cicatrização são mais nítidos, e, às vezes, a lesão é puntiforme ou mostra forma linear ou semi-circular.
- Estágio S (Scar Stage)
 - S1 – Observa-se convergência de pregas para depressão linear vermelha; não há fibrina.
 - S2 – Linha cicatricial branca.

Todos os laudos avaliados continham informações para a classificação das lesões em relação aos estágios descritos. Na análise, entretanto, foi utilizada apenas a informação referente à presença ou não de úlcera.

A constatação da presença de úlcera gástrica implicou em seu estudo histológico ou citológico. Foram realizadas biópsias das bordas das lesões ulceradas encontradas, ou das cicatrizes, de forma sistemática. O número de biópsias realizadas variou de acordo com o tamanho da lesão, mas sempre foram retirados seis ou mais fragmentos.

4.2.3.1.8 Neoplasias gástricas

As lesões neoplásicas gástricas podem se apresentar como lesões polipóides, planas ou, nos casos de câncer avançado, como grandes lesões de aspecto polimórfico. Para a descrição de lesões polipóides, foi utilizada a classificação de Yamada, publicada em 1975 e descrita por Módena e Ejima¹⁴⁴, a saber:

- Yamada I, para as lesões discretamente elevadas;
- Yamada II, para as lesões sésseis;
- Yamada III, para as lesões polipóides subpedunculadas;
- Yamada IV, para as lesões polipóides pedunculadas.

Para as lesões com suspeita de neoplasia maligna precoce foi adotada a classificação proposta pela Sociedade Japonesa de Endoscopia Gastroenterológica¹⁴⁵, em 1962, a saber:

- I. Protruso;
- II Superficial:
 - Ila. Superficial elevado;
 - Ilb. Superficial plano;
 - Ilc. Superficial deprimido;
- III. Escavado;
- IV. Tipos mistos.

Para as lesões gástricas malignas foi utilizada a classificação proposta por Borrmann et al.¹⁴⁶, em 1926. Segundo essa classificação, o tipo I tem aspecto polipóide; o tipo II, aspecto ulcerado; o tipo III, aspecto infiltrativo e ulcerado; e o tipo IV corresponde a infiltração difusa pela neoplasia.

As lesões neoplásicas na submucosa gástrica são de difícil avaliação pela endoscopia convencional. Observam-se geralmente alterações na forma do órgão que as contém.

Neste estudo, os casos de neoplasia gástrica maligna foram incluídos para análise, independente de seu estágio e de sua localização. Todos os casos de câncer gástrico apresentavam confirmação histopatológica.

4.2.3.1.9 Duodenites

O diagnóstico endoscópico de duodenite foi baseado em alterações na coloração da mucosa (hiperemia difusa ou focal, áreas de palidez), alterações no relevo mucoso (que pode variar de discreta nodosidade ou granulosidade, com ou

sem espessamento de pregas da mucosa, até um aspecto francamente “verrucoso” ou pseudopolipóide) e presença de erosões^{142,143}.

Após avaliação da frequência desses diagnósticos isolados, foi realizado o agrupamento dos diagnósticos endoscópicos: grupo 1 (exames endoscópicos normais), grupo 2 (exames endoscópicos com alterações mínimas: hérnia hiatal isolada, gastrite crônica superficial e duodenite isolada) e grupo 3 (alterações significativas: úlcera péptica, câncer gástrico e esofagite por refluxo gastroesofágico).

4.3 Análise estatística

Os dados dos 12.261 pacientes pesquisados foram organizados em um banco de dados, utilizando-se programa desenvolvido na linguagem de computação Visual Basic, em Excel 1997.

Para a análise estatística e gráfica das 42 variáveis observadas foram utilizados os programas Minitab Statistical Software, Release 13.1; Statistical – For Windows and Windows 95/NT, Release 5.1, 1997; e Excel 1997.

As variáveis pesquisadas incluíram dados demográficos (idade, sexo, cor, naturalidade, residência e profissão), dados clínicos e dados do exame endoscópico e de eventuais exames complementares (estudo anatomopatológico e teste de urease).

Foi realizada, inicialmente, análise descritiva dos dados, com medidas de posição central, variabilidade, tabelas de frequência e gráficos.

Os pacientes foram subdivididos em vários grupos, e as variáveis

categóricas foram comparadas, usando-se o teste não-paramétrico do Qui-quadrado. Para as variáveis contínuas, adotaram-se os testes paramétricos t-Student e análise da variância (ANOVA) e testes de comparações múltiplas, conforme a indicação mais adequada. Para todos os testes utilizou-se o grau de significância $\alpha = 0,05$.

4.4 Aspectos éticos

Como se trata de um estudo retrospectivo com inclusão de um número significativo de casos, não foi possível a obtenção do consentimento dos pacientes para a utilização de seus dados no trabalho. Resguardamos, no entanto, em relação a todos os casos analisados, o segredo profissional a que se refere o capítulo IX do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1246/88). Deve ser enfatizado que os casos não foram conduzidos para fins de pesquisa médica e que os exames foram realizados conforme a necessidade de cada caso e os recursos técnicos disponíveis.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG–COEP e aprovado em 13 de outubro de 2004 (Parecer nº. ETIC 379/04).

5 RESULTADOS

Para este estudo retrospectivo, foram selecionados os prontuários (laudos completos e adequadamente arquivados do exame endoscópico, com anamnese e dados demográficos) de 12.261 pacientes atendidos em um único serviço ambulatorial de endoscopia, no período de 1991 a 2001. Os laudos selecionados correspondiam, na maioria dos casos (83,4%), a portadores de queixas relacionadas ao aparelho digestivo alto, e 16,6% dos exames incluídos referiam-se a propedêutica clínica para esclarecimento diagnóstico.

5.1 Análise descritiva dos dados

5.1.1 Distribuição dos pacientes por idade e sexo

Dos 12.261 pacientes estudados, 6.484 (52,9%) eram do sexo feminino e 5.777 (47,1%) do sexo masculino (GRAF. 1).

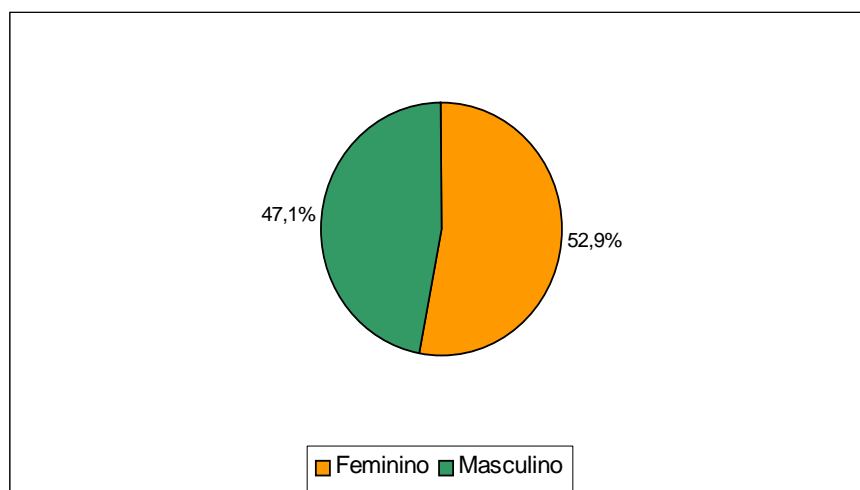


GRÁFICO 1 – Distribuição dos pacientes quanto ao sexo (n=12.261)

Para facilitar a análise, os pacientes foram distribuídos em faixas etárias de dez anos. Assim, 2,0% dos pacientes eram adolescentes com menos de 15 anos, e 0,5% deles tinham mais de 85 anos. A grande maioria dos prontuários avaliados (59,0%) era de pacientes entre 25 e 55 anos. A TAB. 7 apresenta a distribuição de 12.254 pacientes estudados em relação à idade e ao sexo (sete pacientes não foram incluídos, por problemas no banco de dados).

TABELA 7
Distribuição dos pacientes de acordo com sexo e faixa etária (n=12.254)

Faixa etária (anos)	Masculino		Feminino		Total	
	Número de pacientes	Distribuição percentual	Número de pacientes	Distribuição percentual	Número de pacientes	Distribuição percentual
< 15	120	2,1	125	1,9	245	2,0
15 – 25	606	10,5	864	13,3	1.470	12,0
25 – 35	1.333	23,1	1.345	20,7	2.678	21,9
35 – 45	1.309	22,7	1.213	18,7	2.522	20,6
45 – 55	967	16,8	1.065	16,4	2.032	16,6
55 – 65	726	12,6	927	14,3	1.653	13,5
65 – 75	486	8,4	637	9,8	1.123	9,2
75 – 85	198	3,4	266	4,1	464	3,8
> 85	26	0,5	41	0,6	67	0,5
Total	5.771	100,0	6.483	100,0	12.254	100,0

A idade dos pacientes estudados variou de 12 a 97 anos, com média de 43,1 (desvio padrão = 17,231) e mediana de 41 anos (Q1 = 30 e Q3 = 56).

5.1.2 Distribuição dos pacientes quanto à cor

Dentre os pacientes incluídos, 7.614 (62,1%) foram classificados como leucodérmicos, 3.640 (29,7%) como faiodérmicos e 967 (7,9%) como melanodérmicos. Em 40 (0,3%) casos essa informação não se encontrava contemplada no respectivo laudo (GRAF. 2).

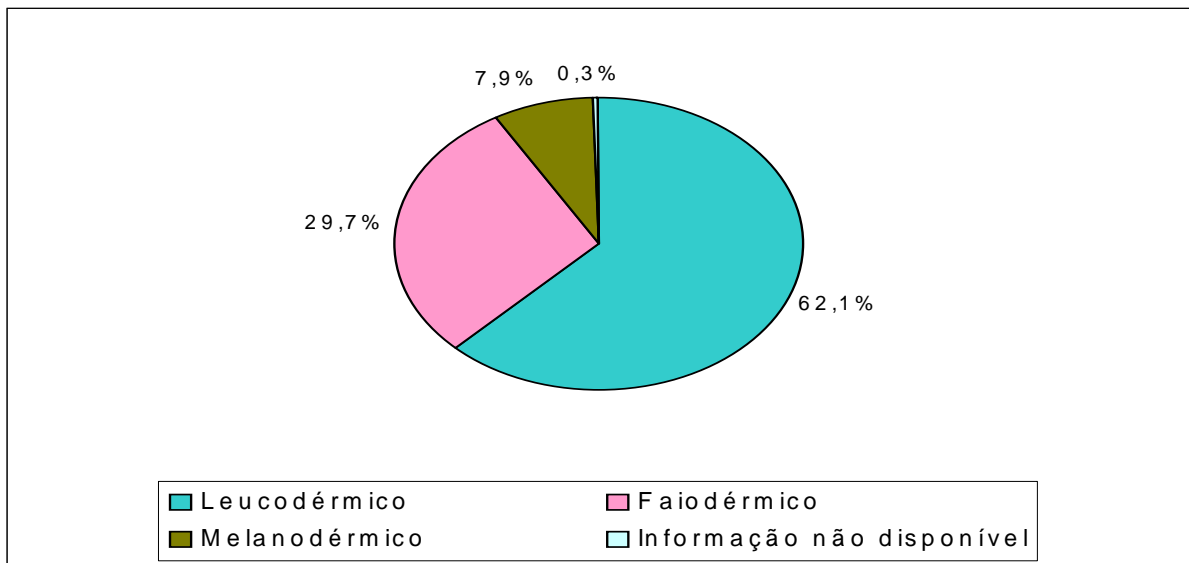


GRÁFICO 2 – Distribuição dos pacientes quanto à cor (n=12.261)

5.1.3 Distribuição dos pacientes quanto à profissão

A grande diversidade de profissões relatadas pelos pacientes incluídos na pesquisa tornou necessário o seu agrupamento em um número menor de categorias (ANEXO B). Assim, os pacientes foram agrupados por afinidade profissional em 16 categorias. Sua distribuição é apresentada na TAB. 8.

TABELA 8
Distribuição dos pacientes por categoria profissional (n=12.261)

Categoria	Profissão codificada	Número de pacientes	%
2	Atividades domésticas	2.589	21,2
1	Aposentados e pensionistas	1.450	11,8
3	Atividades em comércio e indústria	1.317	10,7
11	Profissionais com formação superior	1.103	9,0
8	Trabalhos auxiliares não qualificados	1.013	8,3
4	Estudantes	728	5,9
9	Serviços de escritórios e bancos	710	5,8
10	Atividades técnicas qualificadas	636	5,2
5	Trabalhadores da construção civil	565	4,6
16	Outras	450	3,7
15	Empresários e industriais	435	3,5
13	Atividades manuais e artísticas	355	2,9
7	Atividades rurais	347	2,8
14	Atividades com máquinas e equipamentos	292	2,4
6	Atividades em escolas	186	1,5
12	Indústria e comércio de alimentos	85	0,7
	Total	12.261	100,0

Dos pacientes estudados, 21,2% ocupavam-se em atividades domésticas. Aposentados, funcionários da indústria e comércio e profissionais com formação superior em diversas áreas foram responsáveis, em suas respectivas categorias, por aproximadamente 10,0% dos casos, totalizando 31,5% dos pacientes estudados. As outras categorias, entre as quais se incluem as de estudantes, funcionários de escritórios e bancos, técnicos, trabalhadores da construção civil, empresários, artesãos e funcionários de escolas e da indústria alimentícia, somaram os 47,4% restantes.

5.1.4 Distribuição dos pacientes quanto à naturalidade e à residência

Dos 12.261 pacientes estudados, 7.567 (61,7%) nasceram no interior do Estado de Minas Gerais (MG); apesar disso, 8.882 (72,4%) deles residiam na capital mineira (GRAF. 3). Apenas 86 (0,7%) pacientes residiam em outros estados brasileiros. Informações sobre naturalidade e residência não estavam disponíveis em 34 e 15 prontuários, respectivamente.

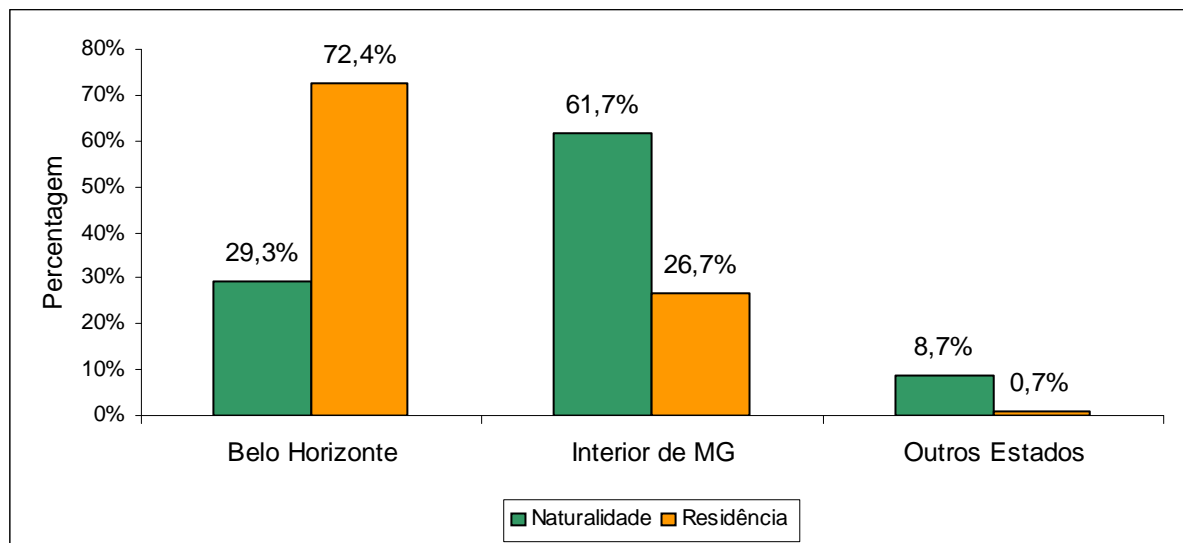


GRÁFICO 3 – Distribuição dos pacientes quanto à naturalidade e à residência na época da endoscopia

5.1.5 Distribuição dos pacientes quanto ao plano assistencial de saúde

Categorizamos todos os pacientes quanto ao plano de assistência à saúde utilizado para realização do exame. A maioria, 6.312 pacientes (51,5%), foi atendida por convênios médicos não-governamentais diversos; 4.944 (40,3%) eram dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS); e 1.005 pacientes (8,2%) pertenciam à clínica particular (TAB. 9).

TABELA 9
Distribuição dos pacientes quanto ao plano assistencial de saúde (n=12.261)

Categoria	Número de pacientes	%
SUS	4.944	40,3
Convênios	6.312	51,5
Clínica particular	1.005	8,2
Total	12.261	100,0

5.1.6 Distribuição dos pacientes quanto a etilismo, tabagismo e uso de antiinflamatórios (AINES) na época do exame

O abuso de bebidas alcoólicas foi relatado por 692 pacientes (5,6%). Em 2.252 (18,4%) exames, os pacientes informaram fazer uso diário de tabaco, independentemente da quantidade. O uso de medicação antiinflamatória, num período de até 48 horas antes do exame endoscópico, foi relatado por 561 pacientes (4,6%) (TAB. 10).

TABELA 10
Distribuição dos pacientes quanto a etilismo, tabagismo e uso de antiinflamatórios (AINES) na época do exame (n=12.261)

Usuários	Etilismo		Tabagismo		AINES	
	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%
Não	11.569	94,4	10.009	81,6	11.700	95,4
Sim	692	5,6	2.252	18,4	561	4,6
Total	12.261	100,0	12.261	100,0	12.261	100,0

5.2 Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame

Como já descrito na seção 4.2.2.2 (Categorização dos motivos do exame endoscópico) deste estudo, classificamos os pacientes em subgrupos, de acordo com o principal sintoma apresentado na época do exame (TAB. 11). Em 78,1% (9.578) dos pacientes, os motivos para o exame endoscópico foram as queixas de refluxo gastroesofágico e as queixas dispépticas (15,1% e 63,0%, respectivamente). Entre os pacientes com dispepsia, predominou a que denominamos dispepsia inespecífica (31,5%), seguindo-se a dispepsia tipo úlcera (22,2%) e, por último, a dispepsia tipo dismotilidade (9,3%). A endoscopia foi indicada para complementação diagnóstica em 2.028 (16,6%) pacientes não dispépticos, mas com suspeita de doença no aparelho digestivo alto. Para 344 casos (2,8%), a indicação do exame foi por disfagia. A solicitação de biópsias ou avaliação endoscópica pré-operatória complementar foi feita para 271 (2,2%) pacientes que não apresentavam queixas digestivas.

TABELA 11
Distribuição dos pacientes quanto ao motivo para a realização do exame endoscópico (n=12.261)

Motivo	Número de pacientes	%
Dispepsia inespecífica	3.858	31,5
Dispepsia tipo úlcera	2.725	22,2
Sintomas de refluxo gastroesofágico	1.849	15,1
Dispepsia tipo dismotilidade	1.146	9,3
Propedêutica gastrointestinal	2.028	16,6
Disfagia	344	2,8
Outros	271	2,2
Não disponível	40	0,3
Total	12.261	100,0

5.2.1 Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame endoscópico e sexo

Dispepsia inespecífica, dispepsia tipo dismotilidade e os sintomas predominantes de doença de refluxo gastroesofágico foram mais freqüentes nos pacientes do sexo feminino (59,1%, 66,0% e 51,2%, respectivamente); a dispepsia tipo úlcera predominou nos pacientes do sexo masculino (52,0%) (GRAF. 4). Foi constatada diferença estatisticamente significativa quanto à distribuição por sexo entre os diferentes motivos para a realização do exame endoscópico (Qui-quadrado; $p = 0,000$).

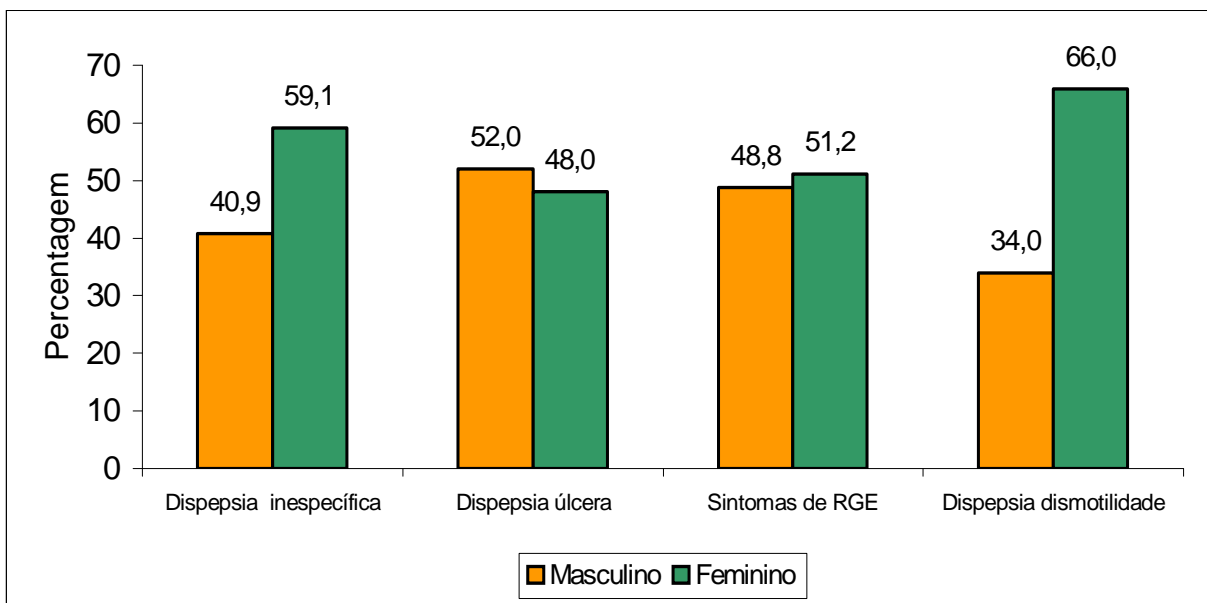


GRÁFICO 4 – Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame endoscópico e sexo (n=9.578)
RGE = refluxo gastroesofágico

A comparação entre os pacientes com sintomas de úlcera gastroduodenal e os portadores de sintomas de refluxo gastroesofágico também mostrou diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo (Qui-quadrado; $p = 0,036$).

5.2.2 Distribuição dos pacientes quanto ao motivo do exame endoscópico e idade

O grupo estudado era heterogêneo em relação à variável idade, apresentando média de 43,1 anos (desvio padrão = 16,56). Entre os pacientes portadores de sintomas dispépticos e de sintomas de refluxo gastroesofágico, foram constatadas idades variadas, com diferentes médias e medianas. Assim, conforme visualizado no GRAF. 5, a média de idade para os pacientes com dispepsia inespecífica, dispepsia tipo úlcera, sintomas de refluxo gastroesofágico e dispepsia tipo dismotilidade foi, respectivamente, de 40,1, 41,9, 45,7 e 44,5 anos.

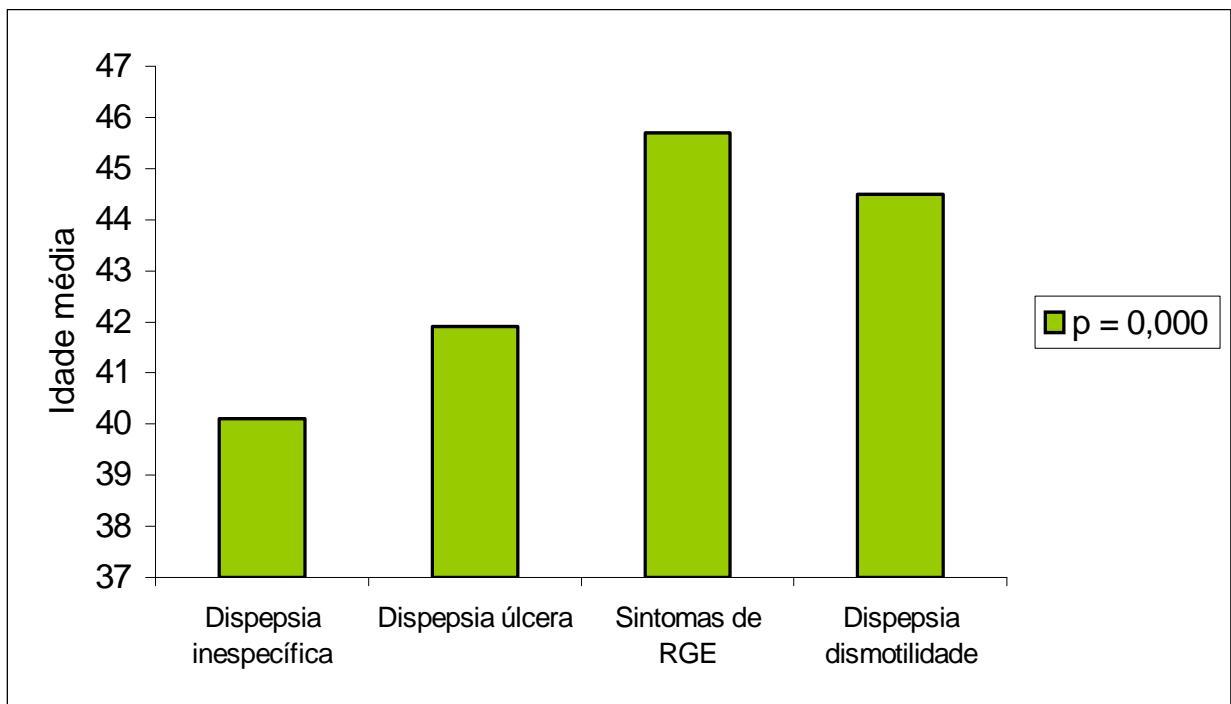


GRÁFICO 5 – Distribuição dos pacientes quanto aos diferentes motivos para o exame endoscópico e idade

A comparação entre as médias de idade dos grupos de pacientes dispépticos (inespecífica, tipo úlcera e tipo dismotilidade) e com sintomas de refluxo gastroesofágico foi realizada através de análise de variância (ANOVA). Constatou-se

diferença estatisticamente significativa entre quase todos os grupos de motivos para endoscopia ($p = 0,000$). Só não foi observada diferença estatisticamente significativa quando se comparou o grupo de portadores de refluxo com o de portadores de dispepsia tipo dismotilidade.

5.3 Resultado do exame endoscópico nos pacientes estudados

A maioria dos exames endoscópicos incluídos no estudo mostrou alterações em graus variáveis (90,9%). Em 9,1% dos pacientes a endoscopia foi considerada completamente normal (TAB. 12).

TABELA 12
Resultado do exame endoscópico quanto à presença de alterações (n=12.261)

Exame endoscópico	Número de pacientes	%
Sem alterações (normal)	1.121	9,1
Com alterações	11.140	90,9
Total	12.261	100,0

No grupo de pacientes com alterações à endoscopia, os achados variaram desde a presença de alterações macroscópicas que sugeriam processo inflamatório, como erosões superficiais, enantema e hiperemia da mucosa, até a presença de alterações grosseiras e graves, como as que sugeriam macroscopicamente um processo neoplásico. Para melhor compreensão do paciente dispéptico, foi realizada a fragmentação desse grupo considerado portador de anormalidades à endoscopia. Os pacientes com alterações discretas no seu exame foram denominados portadores de alterações mínimas ao exame endoscópico. Nesse grupo foram incluídos os diagnósticos principais de gastrite crônica superficial, duodenite e hérnia hiatal isolada, sem esofagite. Após essa

estratificação, verificou-se que aproximadamente 42,6% dos pacientes, inicialmente classificados como portadores de anormalidades, pertenciam ao grupo com alterações mínimas. Estes, somados aos pacientes que mostravam exames endoscópicos normais, representavam, portanto, 51,7% da população estudada (GRAF. 6).

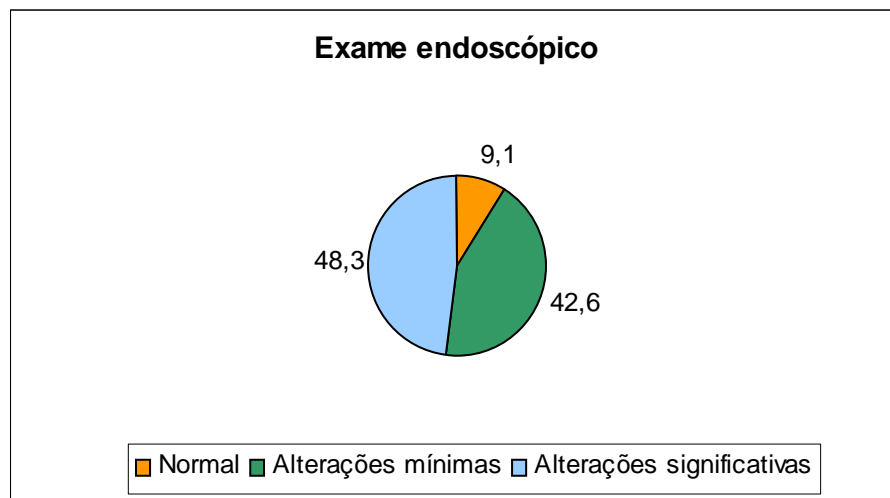


GRÁFICO 6 – Resultado do exame endoscópico quanto à presença de alterações (n = 12.261)

Entre os 1.121 pacientes com exame endoscópico sem alterações (grupo 1), predominaram os do sexo feminino (72,0%). Conforme demonstrado no GRAF. 7, não houve diferença estatisticamente significativa (teste t; $p = 0,994$) em relação à idade dos homens (média de 33,8 anos) e das mulheres (média de 33,8 anos).

Entre os 5.219 pacientes com alterações mínimas ao exame endoscópico (grupo 2), ocorreu igualmente predominância do sexo feminino (60,5%). O teste t de Student também não mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,310$) em relação à idade dos homens (média de 41,2 anos) e das mulheres (média de 41,7 anos).

A análise dos 5.921 pacientes cuja endoscopia detectou anormalidades significativas (grupo 3) mostrou predominância das alterações no sexo masculino

(57,4%), e observamos diferença estatisticamente significativa (teste t; $p = 0,000$) na idade dos homens (média de 44,3 anos) e das mulheres (média de 49,1 anos).

A comparação da idade desses três grupos foi realizada através da análise de variância (ANOVA). A média de idade entre os grupos 1 (33,8 anos), 2 (41,5 anos) e 3 (46,3 anos) mostrou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$), independentemente do sexo.

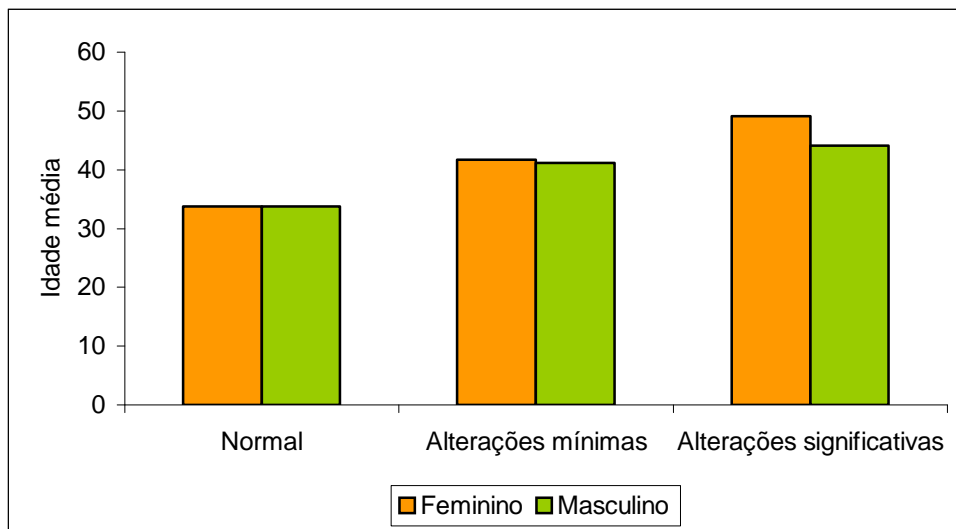


GRÁFICO 7 – Distribuição dos pacientes quanto aos diferentes resultados do exame endoscópico, idade e sexo (n=12.261)

5.3.1 Exame endoscópico e tabagismo

A relação entre o hábito de fumar e o resultado da endoscopia digestiva foi avaliada (GRAF. 8). No grupo com diagnóstico endoscópico de normalidade (grupo 1), 12,0% dos pacientes eram tabagistas. No grupo de pacientes com diagnóstico de alterações endoscópicas mínimas (grupo 2), a frequência do tabagismo foi de 16,6%; no grupo com alterações consideradas significativas (grupo 3), o hábito de fumar foi relatado por 22,3% dos pacientes.

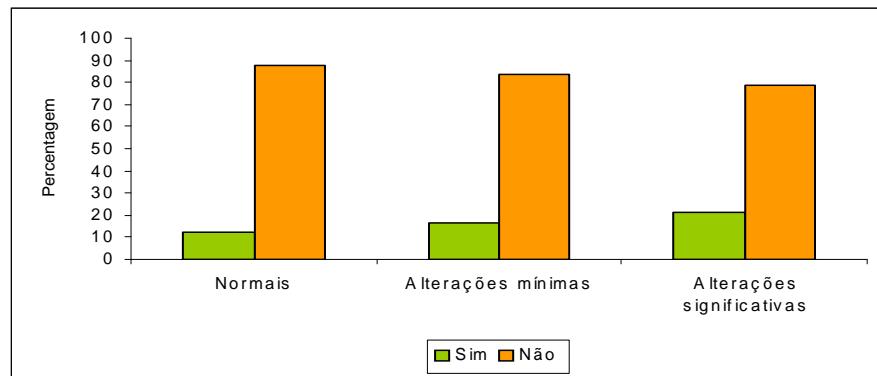


GRÁFICO 8 – Distribuição dos 12.261 pacientes quanto ao hábito de fumar e aos diferentes resultados do exame endoscópico

A comparação dos três grupos quanto ao hábito de fumar mostrou diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado; $p = 0,000$).

5.3.2 Exame endoscópico e etilismo

A informação positiva sobre a ingestão considerada patológica de bebidas alcoólicas ocorreu com freqüência variada nos três grupos de pacientes. A freqüência de etilismo no grupo 1 (endoscopia normal) foi de 4,3%; no grupo 2 (endoscopia com alterações mínimas), de 4,5%; e no grupo 3 (pacientes com alterações significativas), de 7,0% (GRAF. 9).

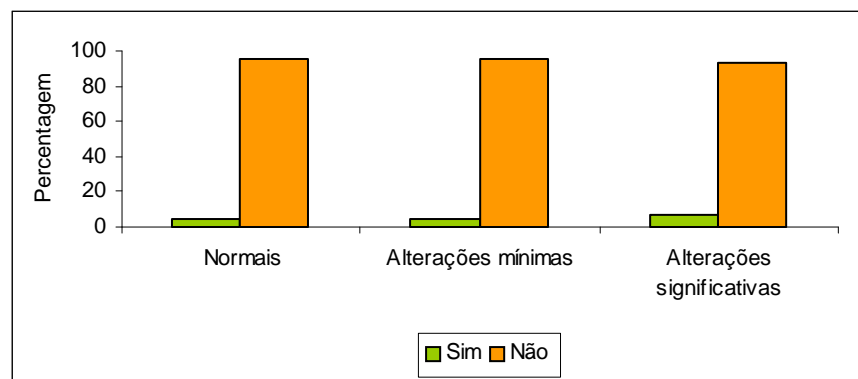


GRÁFICO 9 – Distribuição dos 12.261 pacientes quanto ao etilismo e aos diferentes resultados do exame endoscópico

A comparação dos três grupos quanto ao etilismo mostrou diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado; $p = 0,000$).

5.3.3 Exame endoscópico e uso de AINES

O relato de ingestão de medicação antiinflamatória até 48 horas antes do exame endoscópico ocorreu de forma variável entre os três grupos. No grupo com exame endoscópico normal, a ingestão foi relatada por apenas 0,2% dos pacientes; no grupo com alterações mínimas, por 3,3%; e no grupo com endoscopia com alterações significativas, por 6,4% (GRAF. 10). A comparação entre os três grupos de achados endoscópicos quanto à utilização de AINES mostrou diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado; $p = 0,000$).

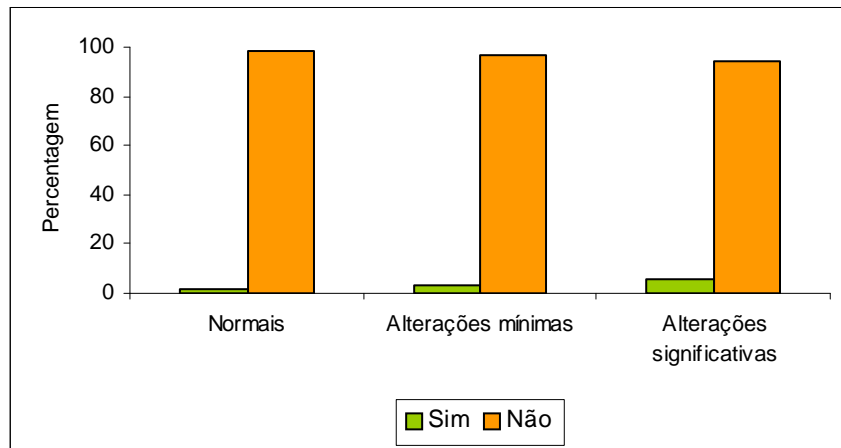


GRÁFICO 10 – Distribuição percentual dos 12.261 pacientes quanto à utilização de medicação antiinflamatória não-esteróide e aos diferentes resultados do exame endoscópico

5.3.4 Resultado do exame endoscópico relacionado aos diferentes motivos

A correlação do motivo para a realização da endoscopia digestiva com o respectivo resultado foi realizada, e os resultados estão expressos na TAB.13.

TABELA 13
Resultado do exame endoscópico relacionado aos diferentes motivos para sua realização

Motivo do exame	Resultados dos exames			Total
	Normais n (%)	Alterações mínimas n (%)	Alterações significativas n(%)	
Disfagia	20 (5,8%)	53 (15,4%)	271 (78,8%)	344 (100,0%)
Dispepsia inespecífica	442 (11,5%)	2.243 (58,1%)	1.173 (30,4%)	3.858 (100,0%)
Dispepsia tipo dismotilidade	141 (12,3%)	663 (57,9%)	342 (29,8%)	1.146 (100,0%)
Sintomas de refluxo gastroesofágico	98 (5,3%)	430 (23,3%)	1.321 (71,4%)	1.849 (100,0%)
Dispepsia tipo úlcera	110 (4,0%)	1.013 (37,2%)	1.602 (58,8%)	2.725 (100,0%)
Propedêutica gastrointestinal	248 (12,2%)	675 (33,3%)	1.105 (54,5%)	2.028 (100,0%)
Outros	56 (20,7%)	132 (48,7%)	83 (30,6%)	271 (100,0%)
Informação não disponível	6 (15,0%)	10 (25,0%)	24 (60,0%)	40 (100,0%)
Total	1.121 (9,1%)	5.219 (42,6%)	5.921 (48,3%)	12.261 (100,0%)

% - relativo ao total por motivo do exame.

Ocorreu predominância de exames endoscópicos com alterações significativas entre os pacientes cujo motivo do exame era disfagia (271 pacientes ou 78,8%), queixas de refluxo gastroesofágico (1.321 pacientes ou 71,4%) e dispepsia tipo úlcera (1.602 pacientes ou 58,8%) e entre os pacientes que se submeteram ao exame para propedêutica (1.105 pacientes ou 54,5%).

Pacientes com dispepsia inespecífica e pacientes com dispepsia tipo dismotilidade mostraram predominância de exames com alterações mínimas (58,1% e 57,9%, respectivamente). Nesses dois grupos, observou-se também significativo percentual dos exames endoscópicos normais (11,5% nos dispépticos inespecíficos e 12,3% nos dispépticos tipo dismotilidade). Assim, constatamos que 69,6% dos pacientes com dispepsia inespecífica e 70,2% dos pacientes com dispepsia tipo dismotilidade apresentavam endoscopia normal ou com alterações mínimas (GRAF. 11).

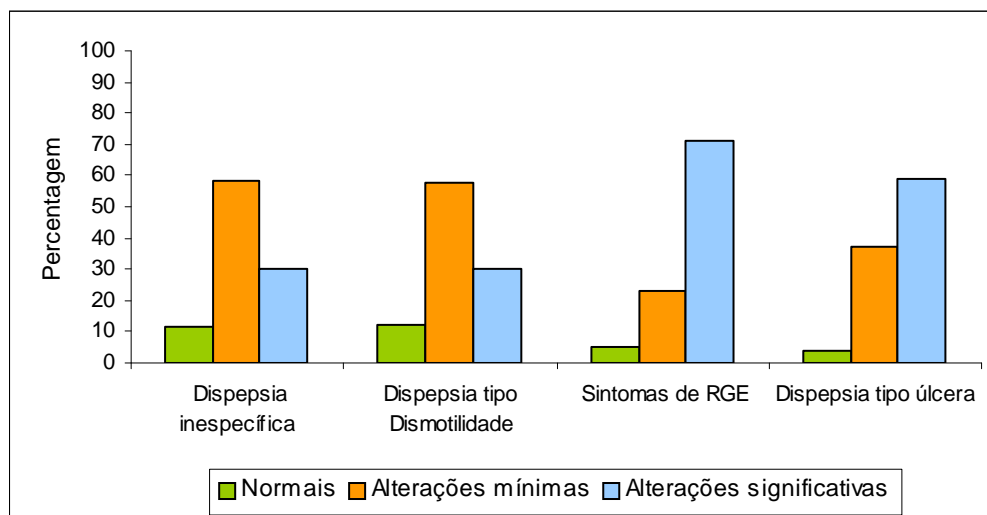


GRÁFICO 11 – Distribuição percentual dos pacientes dispépticos e com sintomas de refluxo quanto aos resultados do exame endoscópico

5.3.5 Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia inespecífica

Os sintomas dispépticos inespecíficos foram os principais responsáveis pela procura dos pacientes ao serviço de endoscopia digestiva alta (31,5%). Quando foram considerados apenas os grupos de pacientes dispépticos ou com sintomas de refluxo gastroesofágico, o percentual desse motivo para endoscopia foi de 40,3%. Entre os portadores de dispepsia inespecífica, 11,8% apresentaram exame endoscópico normal, 51,6% mostraram alterações inflamatórias leves na mucosa gástrica (gastrite crônica não-atrótica), e a prevalência de úlcera péptica foi de 12,2%. As neoplasias gástrica e esofagiana ocorreram em 0,4% e 0,1% dos pacientes, respectivamente. Os exames endoscópicos foram normais ou revelaram apenas alterações mínimas em 69,0% dos casos (TAB. 14).

TABELA 14
Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia inespecífica
(n=3.858)

Diagnóstico principal	Número de pacientes	%
Exame normal	454	11,8
Esofagite endoscópica leve não-erosiva	126	3,3
Esofagite grau I de Savary-Miller	279	7,2
Esofagite grau II de Savary-Miller	14	0,4
Esofagite grau III de Savary-Miller	2	0,1
Esofagite grau IV de Savary-Miller	35	0,9
Neoplasia esofagiana	4	0,1
Afecções do esôfago	117	3,0
Gastrite crônica não-atrótica	1.991	51,6
Gastrite crônica atrótica tipo A	25	0,6
Gastrite crônica atrótica tipos B e AB	120	3,1
Formas especiais de gastrite	7	0,2
Gastrite aguda e relacionada a AINES	106	2,7
Úlcera gástrica	120	3,1
Úlcera duodenal	301	7,8
Úlcera gastroduodenal	51	1,3
Neoplasia gástrica	17	0,4
Duodenite	89	2,3
Total	3.858	100,0

5.3.6 Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia tipo úlcera

A maioria dos pacientes com dispepsia tipo úlcera mostrava exames endoscópicos com alterações significativas. As lesões ulceradas no trato digestivo alto estavam presentes em 48,7% dos pacientes (8,7% gástricas, 33,0% duodenais e 7,0% gastroduodenais). O diagnóstico de neoplasia ocorreu em 1,6% dos pacientes com dispepsia tipo úlcera (43 casos). A esofagite erosiva, independente do grau de intensidade, ocorreu em 4,1% dos pacientes, e foi observado apenas um

caso de neoplasia esofagiana no grupo (TAB. 15). O número de endoscopias normais somado ao das com alterações mínimas foi menor nesse grupo de dispépticos (39,6%).

TABELA 15
Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia tipo úlcera (n=2.725)

Diagnóstico principal	Número de pacientes	%
Exame normal	111	4,1
Esofagite endoscópica leve não-erosiva	28	1,0
Esofagite grau I de Savary-Miller	93	3,4
Esofagite grau II de Savary-Miller	6	0,2
Esofagite grau III de Savary-Miller	2	0,1
Esofagite grau IV de Savary-Miller	12	0,4
Neoplasia esofagiana	1	0,0
Afecções do esôfago	37	1,4
Gastrite crônica não-atrótica	899	33,0
Gastrite crônica atrótica tipo A	15	0,6
Gastrite crônica atrótica tipos B e AB	63	2,3
Formas especiais de gastrite	5	0,2
Gastrite aguda e relacionada a AINES	41	1,5
Úlcera gástrica	237	8,7
Úlcera duodenal	899	33,0
Úlcera gastroduodenal	192	7,0
Neoplasia gástrica	43	1,6
Duodenite	41	1,5
Total	2.725	100,0

5.3.7 Resultado do exame endoscópico nos pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico

Pacientes com sintomas predominantes de refluxo gastroesofágico corresponderam a 15,1% do total dos pacientes estudados e a 19,4% quando consideramos apenas os pacientes dos grupos dos sintomas dispépticos e de

refluxo. A alteração endoscópica mais freqüente foi a esofagite erosiva (41,2%). Em 17,1% dos pacientes foram verificadas alterações discretas da mucosa do esôfago distal não-erosivas. A prevalência de lesões ulceradas foi de 6,4%. As neoplasias no esôfago e no estômago ocorreram, respectivamente, em 0,1% e 0,3% dos pacientes. Exames endoscópicos normais ou com alterações mínimas totalizaram 28,6% nesse grupo (TAB. 16).

TABELA 16
Principais achados endoscópicos nos pacientes com sintomas únicos ou predominantes de refluxo (n=1.849)

Diagnóstico principal	Número de pacientes	%
Exame normal	102	5,5
Esofagite endoscópica leve não-erosiva	316	17,1
Esofagite grau I de Savary-Miller	499	27,0
Esofagite grau II de Savary-Miller	63	3,4
Esofagite grau III de Savary-Miller	28	1,5
Esofagite grau IV de Savary-Miller	172	9,3
Neoplasia esofagiana	2	0,1
Afecções do esôfago	154	8,3
Gastrite crônica não-atrótica	325	17,6
Gastrite crônica atrófica tipo A	8	0,4
Gastrite crônica atrófica tipos B e AB	29	1,6
Gastrite aguda e relacionada a AINES	21	1,1
Úlcera gástrica	46	2,5
Úlcera duodenal	59	3,2
Úlcera gastroduodenal	13	0,7
Neoplasia gástrica	6	0,3
Duodenite	6	0,3
Total	1.849	100,0

5.3.8 Diagnóstico endoscópico nos pacientes com dispepsia tipo dismotilidade

O grupo de dispepsia tipo dismotilidade foi responsável por 9,3% dos exames endoscópicos quando consideramos todo o grupo de pacientes estudados e por 12,0% deles quando consideramos apenas os pacientes dispépticos e com refluxo. Em 70,2% os exames foram considerados normais ou revelaram apenas alterações mínimas (12,4% e 57,9%, respectivamente). Lesões ulceradas ocorreram em 11,7%, e esofagite erosiva ocorreu em 7,0% dos pacientes. Neoplasias gástrica e esofagiana ocorreram em 1,0% e 0,1% deles, respectivamente (TAB. 17).

TABELA 17
Principais achados endoscópicos nos pacientes com dispepsia tipo dismotilidade (n=1.146)

Diagnóstico principal	Número de pacientes	%
Exame normal	142	12,4
Esofagite endoscópica leve não-erosiva	66	5,8
Esofagite grau I de Savary-Miller	69	6,0
Esofagite grau III de Savary-Miller	1	0,1
Esofagite grau IV de Savary-Miller	10	0,9
Neoplasia esofagiana	1	0,1
Afecções do esôfago	49	4,3
Gastrite crônica não-atrótica	563	49,1
Gastrite crônica atrótica tipo A	6	0,5
Gastrite crônica atrótica tipos B e AB	60	5,2
Gastrite aguda e relacionada a AINES	14	1,2
Úlcera gástrica	42	3,7
Úlcera duodenal	72	6,3
Úlcera gastroduodenal	20	1,7
Neoplasia gástrica	12	1,0
Duodenite	19	1,7
Total	1.146	100,0

A comparação entre os pacientes com dispepsia inespecífica e com dispepsia tipo dismotilidade quanto ao resultado do exame endoscópico agrupado (exame normal, com alterações mínimas e com alterações consideradas significativas) não mostrou diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado; $p = 0,723$). Já na comparação entre os pacientes com dispepsia inespecífica e pacientes com dispepsia tipo úlcera, ocorreu diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado; $p = 0,000$), o mesmo se verificando quando comparamos os pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico e os portadores de dispepsia tipo dismotilidade (Qui-quadrado; $p = 0,000$).

5.3.9 Diagnóstico endoscópico principal relacionado ao motivo do exame e à faixa etária

Após avaliação da prevalência dos principais diagnósticos endoscópicos e de sua correlação com o motivo do exame, foi realizada a distribuição dos pacientes em faixas etárias previamente definidas, optando-se por cortes, em faixas de cinco anos, a partir de 30 anos até os 50 anos, conforme mostra a TAB. 18. As idades inferiores a 30 anos e superiores a 50 anos foram consideradas em conjunto.

Nessa tabela, incluímos todos os pacientes, independentemente do motivo do exame. A distribuição, que considerou os quatro principais motivos para a realização do exame endoscópico (dispepsias inespecífica, tipo dismotilidade e tipo úlcera e os sintomas de refluxo gastroesofágico), encontra-se sumariada no ANEXO C.

TABELA 18
Diagnóstico endoscópico principal relacionado à faixa etária

Diagnóstico	<30 vs >30 %	<35 vs >35 %	<40 vs >40 %	<45 vs >45 %	<50 vs >50 %
Esofagite	8,9 vs 15,2	10,5 vs 15,4	11,1 vs 16,1	11,8 vs 15,9	12,4 vs 15,6
Úlcera péptica	15,5 vs 23,7	17,5 vs 24,1	18,6 vs 24,6	20,1 vs 23,5	20,5 vs 23,3
Exame sem alterações + Exame com alterações mínimas	70,8 vs 48,7	67,0 vs 46,9	62,1 vs 45,1	62,5 vs 40,6	60,8 vs 38,7
Câncer gástrico	0,03 vs 1,1	0,07 vs 1,3	0,2 vs 1,5	0,3 vs 1,7	0,3 vs 1,9
Miscelânea	4,8 vs 11,2	5,3 vs 12,6	7,4 vs 13,7	5,3 vs 15,6	6,0 vs 16,9

O diagnóstico de exame endoscópico normal foi realizado em 8,4% dos pacientes do grupo selecionado (dispépticos e portadores de sintomas de refluxo), independente do motivo e da faixa etária (14,8% até 30 anos e 5,9% acima de 30 anos). A avaliação da prevalência de endoscopias normais de acordo com o motivo do exame e a faixa etária demonstrou percentuais de 19,9%, 17,4%, 14,6% e 8,6% para pacientes de até 30 anos e com dispepsia tipo dismotilidade, dispepsia inespecífica, sintomas de refluxo e dispepsia tipo úlcera, respectivamente.

Nos pacientes acima de 50 anos, apenas 3,8% das endoscopias foram normais. Nesse grupo, o diagnóstico de exame endoscópico normal foi de 8,5% para aqueles com dispepsia tipo dismotilidade, de 5,3% para os com dispepsia inespecífica, de 2,2% para os portadores de sintomas predominantes de refluxo e de 1,0% para os que apresentavam dispepsia tipo úlcera.

Os pacientes com exame normal e com alterações mínimas à endoscopia (gastrite crônica superficial, duodenite isolada e hérnia hiatal isolada, sem esofagite erosiva) representaram 70,8% dos indivíduos com idade até 30 anos. Esse percentual reduziu-se gradativamente com o aumento da idade (38,7% a partir de 50 anos).

O **diagnóstico endoscópico de esofagite erosiva**, independentemente da classificação, ocorreu com maior frequência nos pacientes a partir de 30 anos de idade (15,2%); naqueles com menos de 30 anos, a frequência de sua ocorrência foi de 8,9%.

Nos pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico, a prevalência de esofagite erosiva foi de 39,9% naqueles com até 30 anos e de 41,4% naqueles acima dessa idade. Nos portadores de dispepsias inespecífica, tipo dismotilidade e tipo úlcera com idade até 30 anos, a prevalência da esofagite erosiva foi, respectivamente, de 6,1%, 3,7% e 1,5%, aumentando gradativamente a partir dessa idade.

As **lesões ulceradas pépticas gástricas, duodenais ou gastroduodenais**, em conjunto, ocorreram mais frequentemente nos pacientes a partir de 30 anos de idade (em 15,5% dos com até 30 anos e em 23,7% a partir desse ponto de corte).

O **diagnóstico endoscópico de úlcera péptica gástrica** ocorreu em 1,6% dos pacientes abaixo de 30 anos. A frequência do diagnóstico aumentou, progressivamente, com a idade (8,4%) nos pacientes acima de 50 anos.

No grupo com dispepsia tipo úlcera, o diagnóstico ocorreu em 3,3% dos pacientes abaixo de 30 anos e em 15,5% dos acima de 50 anos.

Em pacientes com dispepsia inespecífica, dispepsia tipo dismotilidade e nos portadores de sintomas de refluxo, a prevalência foi, respectivamente, de 1,1%, 0,7% e 0,9% entre aqueles com até 30 anos e de 7,4%, 5,7% e 3,6% naqueles a partir de 50 anos.

O **diagnóstico endoscópico de úlcera duodenal**, independentemente do motivo para a realização do exame endoscópico, foi estabelecido para 12,8% dos

pacientes abaixo de 30 anos e para 10,4% dos pacientes acima de 50 anos de idade.

Nos pacientes entre 30 e 50 anos, observamos aumento progressivo da ocorrência desse diagnóstico (15,5% em pacientes com até 50 anos). A média da ocorrência desse diagnóstico, independentemente da faixa etária, foi de 13,9% dos diagnósticos endoscópicos.

Os pacientes com dispepsia tipo úlcera apresentaram maior prevalência de úlcera duodenal, sendo esse diagnóstico estabelecido para 31% dos pacientes com até 30 anos. Maior prevalência foi identificada entre os pacientes na faixa de 45-50 anos (36,6%), diminuindo naqueles acima de 50 anos (24,4%).

Nos pacientes com dispepsia inespecífica, dispepsia tipo dismotilidade e nos portadores de sintomas predominantes de refluxo com até 30 anos, a prevalência foi, respectivamente, de 6,5%, 5,1% e 3,2%, apresentando picos de 7,4%, 7,0% e 3,8% entre aqueles com 50 anos ou mais.

O diagnóstico endoscópico de úlcera péptica gastroduodenal mostrou curva semelhante à da úlcera gástrica. Assim, na avaliação desse diagnóstico, verificaram-se percentuais de 1,1% para pacientes abaixo de 30 anos e de 4,5% para aqueles acima de 50 anos.

No grupo de dispépticos tipo úlcera, o diagnóstico endoscópico de úlcera péptica gastroduodenal foi realizado em 0,1% dos pacientes com até 30 anos e em 11,4% daqueles acima de 45 anos.

No grupo de dispepsia inespecífica, esse diagnóstico foi verificado em 0,5% dos pacientes com até 30 anos e em 2,6% daqueles acima de 50 anos; no grupo de dispepsia tipo dismotilidade, em 0,7% dos com até 30 anos e em 1,7% dos acima de 50 anos; no grupo de pacientes portadores de sintomas de refluxo

gastroesofágico, em 0% daqueles com até 30 anos e em 1,3% dos acima de 50 anos. Apesar das diferenças percentuais entre os grupos, observamos, em todos eles, o aumento progressivo da prevalência com a idade.

O **diagnóstico endoscópico de câncer gástrico**, independente de sua classificação macroscópica, foi realizado em 141 pacientes (1,2% da população estudada). Avaliaram-se todas as variáveis de interesse no grupo de portadores de neoplasia, quais sejam: idade na época do exame, sexo, cor, naturalidade, residência, tabagismo, etilismo, uso de AINES, plano de saúde e motivo para a realização da endoscopia. Buscou-se verificar a importância de cada fator isolado e da associação entre eles, na tentativa de compreender as possíveis causas de confusão, ou seja, de se atribuir certa característica a determinado fator, quando, na verdade, o efeito é devido indiretamente a outro fator que se relaciona com aquele pesquisado. Por falta de informação (dados não disponíveis), nem sempre foi possível contar com os 12.261 casos para a efetivação dessa análise, mas na grande maioria das avaliações o número utilizado foi bem próximo da totalidade (n=12.253).

Após distribuição dos pacientes em grupos por faixa etária, verificou-se que, quanto maior a faixa etária, maior é a incidência de casos de neoplasia gástrica. Dividindo-se os pacientes em subgrupos por sexo, constatou-se que essa relação se mantém presente tanto no grupo feminino quanto no masculino e que há maior incidência de casos no grupo de pacientes do sexo masculino (1,61%) que no feminino (0,74%), sendo essa diferença estatisticamente significativa (Qui-quadrado; $p = 0,000$; OR = 2,193 [1,54; 3,11]). A TAB. 19 mostra esses resultados. Ocorreu diferença estatisticamente significativa na idade média dos indivíduos do sexo masculino com e sem neoplasia, o mesmo se verificando em relação aos indivíduos

do sexo feminino. Quando comparamos a idade média dos 93 homens e das 48 mulheres com neoplasia, não houve diferença estatística significativa (teste t; $p = 0,263$). A idade média dos homens com câncer gástrico foi de 57,4 anos e a das mulheres, de 60,3 anos.

TABELA 19
Percentagem de casos de neoplasia gástrica por faixa etária, por sexo e geral (n=12.253)

Faixa etária (anos)	Idade média da faixa (anos)	Percentagem de casos de neoplasia gástrica		
		Homens (n = 5.771) %	Mulheres (n = 6.482) %	Total (n = 12.253) %
Abaixo de 25	20	0,00	0,00	0,00
Entre 25 e 34	30	0,38	0,15	0,26
Entre 35 e 44	40	1,07	0,25	0,67
Entre 45 e 54	50	2,28	0,85	1,53
Entre 55 e 64	60	3,03	1,40	2,12
Entre 65 e 74	70	3,09	2,35	2,67
Acima de 74	80	6,70	1,95	3,95
Geral	43	1,61	0,74	1,15

% - percentagem em relação ao total de casos por sexo e faixa etária.

O teste Qui-quadrado de Pearson ($\chi^2 = 119,23$; $p = 0,000$) comprovou a correlação entre o fator idade e os casos de neoplasia gástrica, tanto de maneira geral como por sexo. Essa informação foi complementada com o teste χ^2 de *tendência*, que mostrou que essa correlação é linear ($\chi^2_{\text{tend}} = 114,76$; $p = 0,000$) e que não existe qualquer outro tipo de associação além dela ($\chi^2_{\text{dif}} = 4,47$; $p = 0,484$, não significativo).

O GRAF. 12 apresenta a forma da distribuição dos valores esperados e observados por faixa etária. Foi demonstrada a inversão do número de casos de neoplasia observados e esperados à medida que a faixa etária dos pacientes

aumentou. Isso também foi verificado quando os pacientes foram divididos por sexo.

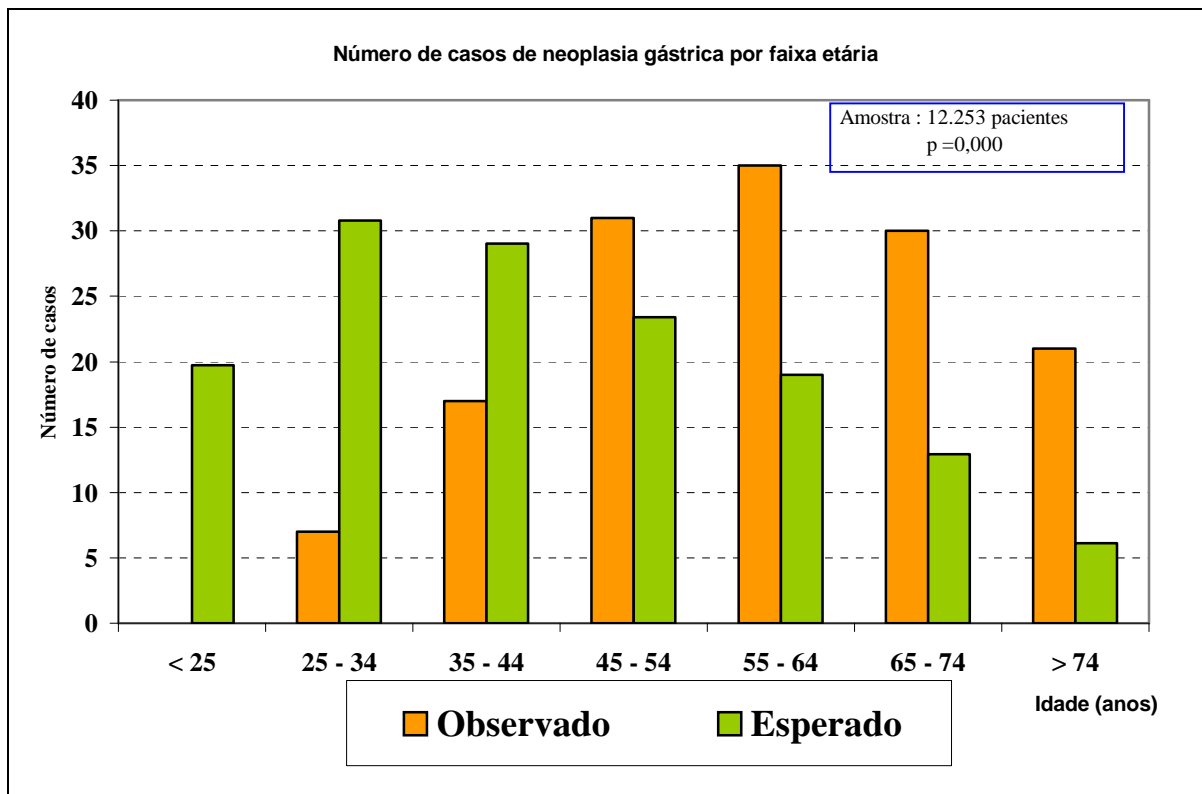


GRÁFICO 12 – Casos de neoplasia gástrica (observados e esperados) de acordo com a faixa etária

A importância da variável idade foi também avaliada através do *odds ratio* ou “razão de chances” (OR), calculado para cada faixa etária (ou ponto de corte) estudada, no grupo de pacientes com dispepsia e sintomas de refluxo gastroesofágico. Os pacientes com câncer gástrico foram estratificados de acordo com diferentes faixas etárias. Verificaram-se um caso de câncer gástrico abaixo dos 30 anos (OR = 30,7; [4,3-221]), três casos abaixo dos 35 anos (OR = 17,0; [5,4-54]), oito casos abaixo dos 40 anos (OR = 9,0; [4,5-19,6]), 15 casos quando o ponto de corte foi de 45 anos (OR = 6,6; [3,7-11,6]) e 22 lesões malignas gástricas quando a idade de corte foi de 50 anos (OR = 5,8; [3,5-9,5]), conforme demonstrado na TAB. 20.

TABELA 20
Prevalência de câncer gástrico por faixa etária em 9.577 pacientes com dispepsia não investigada ou refluxo gastroesofágico, sem sintomas de alarme

Ponto de corte (idade em anos)	Distribuição de 78 casos de câncer gástrico por faixa etária	OR [IC 95%]
30	1 / 2.710	30,7 [4,3-221]
35	3 / 3.850	17,0 [5,4-54]
40	8 / 4.934	9,0 [4,5-19,6]
45	15 / 5.812	6,6 [3,7-11,6]
50	22 / 6.613	5,8 [3,5-9,5]

OR = odds ratio

Excluindo o efeito da variável idade, a associação entre os motivos para o exame endoscópico (dispepsia inespecífica, dispepsia tipo úlcera, dispepsia tipo dismotilidade, sintomas predominantes de refluxo, propepêutica gastrointestinal e disfagia) e neoplasia gástrica foi constatada em todas as faixas etárias consideradas. A maioria dos portadores de neoplasia gástrica pertencia ao grupo de dispépticos e com sintomas predominantes de refluxo (78 casos ou 54%). Dispepsia tipo úlcera foi relatada por 29,6% dos pacientes. Nesse grupo foi diagnosticado um único caso de neoplasia gástrica entre os pacientes com menos de 30 anos (0,1%) e igualmente se verificou aumento gradual na prevalência dessa afecção com a idade (3,9% a partir de 50 anos).

Dispepsia tipo inespecífica foi relatada por 11,8% dos pacientes com diagnóstico de neoplasia gástrica. Nesse grupo, não ocorreu qualquer caso de neoplasia entre os pacientes com até 30 anos de idade; entre os pacientes da faixa etária de 30 a 35 anos, foi registrado um único caso (0,1%). A partir dos 35 anos, verificou-se também aumento gradual na taxa de prevalência (1,1% acima de 50 anos).

Dispepsia tipo dismotilidade foi menos freqüente nos portadores de neoplasia gástrica. Essa afecção só foi diagnosticada em pacientes a partir de 35 anos (0,4%). A prevalência entre os pacientes com mais de 50 anos foi de 2%.

Sintomas de refluxo gastroesofágico como queixa principal só ocorreram em um paciente, o qual tinha mais de 45 anos (0,1%).

Em nosso estudo, o número de casos de neoplasia gástrica independeu de naturalidade, cor, etilismo, tabagismo e AINES.

A prevalência da infecção pelo *Helicobacter pylori* também foi avaliada. Dentre os 12.261 pacientes da pesquisa, alguns fizeram o teste de urease, outros fizeram a pesquisa histológica para detectar a presença ou ausência da bactéria; alguns foram submetidos aos dois testes, mas os resultados foram divergentes. Formou-se então um subgrupo com 3.439 pacientes que fizeram os dois testes e cujos resultados foram concordantes: 1.544 (44,9%) deles apresentaram resultados negativos, e 1.895 (55,1%), resultados positivos. Nesse subgrupo foram registrados 18 casos de neoplasia gástrica, sendo 15 dentre os pacientes com *H. pylori* e somente três no grupo de pacientes com resultado negativo quanto à presença da bactéria. A percentagem de casos de neoplasia gástrica é mostrada na TAB. 21.

TABELA 21
Percentagem e odds ratio da presença de *Helicobacter pylori* em neoplasia gástrica

Variável	Neoplasia gástrica (%)	OR IC (95%)	Significância
<i>H.pylori</i>	Presença : 0,79	4,10	Significativo
	Ausência : 0,19	{1,18;14,18}	

6 DISCUSSÃO

6.1 Avaliação do grupo de pacientes estudados em relação aos dados demográficos e aos fatores de risco para dispepsia

A proposta inicial deste estudo consistiu na análise de 20.000 laudos de exames endoscópicos realizados no Servescopy – Serviço de Endoscopia Digestiva e arquivados em seu banco de dados. A construção da planilha para a inclusão de todas as variáveis deu-se através de vários testes de adequação, e, ao longo do tempo de que disponibilizamos para a coleta dos dados, realizamos também, junto à assessoria de informática e estatística, testes estatísticos parciais com o intuito de avaliarmos a viabilidade da nossa proposta. A análise de frequência das variáveis demográficas, das variáveis clínicas e dos diagnósticos endoscópicos, realizada aleatoriamente em diversos pontos de corte, mostrou resultados semelhantes a partir dos 8.000 casos iniciais, sem diferenças nas análises estatísticas, o que justificou a interrupção da inclusão de novos casos para o estudo quando atingimos 12.261 laudos.

A população estudada pode ser considerada representativa daquela da cidade de Belo Horizonte. Na análise dos dados demográficos, a distribuição dos pacientes quanto ao sexo foi igual à verificada na população de Belo Horizonte pelo Censo de 2000, publicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁴⁷. Nesse censo, a população de Belo Horizonte era de 2.238.526 habitantes, sendo 47,2% do sexo masculino e 52,8% do sexo feminino. A distribuição da população de Belo Horizonte quanto à faixa etária, em um estudo do IBGE realizado em 2003¹⁴⁸ e

publicado no final do ano de 2004, mostrou predomínio de indivíduos nas faixas etárias mais jovens (um terço da população de Belo Horizonte tem idade até 35 anos). No grupo que estudamos, ocorreu predominância de pacientes entre 25 e 55 anos (59,1%). A distribuição da população estudada quanto à naturalidade e à residência confirmou a consolidação de uma tendência, detectada nos últimos censos publicados, à continuidade do processo de urbanização que vem ocorrendo no Estado de Minas Gerais¹⁴⁹. Observamos na população estudada que, apesar de a maioria dos pacientes ter nascido no interior do Estado, mais de 70,0% deles residiam na capital. A comparação entre os resultados da distribuição dos pacientes quanto à cor e os dados do IBGE não foi realizada, devido a diferenças na metodologia empregada para obtenção da informação: em nosso estudo retrospectivo, incluímos apenas três possibilidades nessa variável (leucoderma, faioderma e melanoderma), sempre categorizadas pelo médico examinador; já o IBGE contempla indivíduos brancos, pretos, pardos, amarelos e índios, sendo todas essas possibilidades obtidas através de autodeclaração¹⁴⁷. Mesmo assim, apesar da diferença na metodologia empregada nas duas avaliações da variável cor, foram observados, nos dois estudos, predominância de indivíduos brancos e percentual semelhante de negros.

Como disponibilizado no ANEXO B, a consolidação dos dados referentes às profissões foi realizada por afinidade, retrospectivamente, mas sua comparação com os indicadores sociais publicados pelo IBGE não foi possível, também devido a diferenças metodológicas.

A prevalência de tabagismo e de uso/abuso de álcool, no grupo que examinamos, foi de 5,6% e de 18,4%, respectivamente, bem diferente da publicada no Primeiro Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e

divulgado em 2001, com amostragem dos principais centros urbanos do país. Nesse levantamento, foram encontradas taxas de 10,0% para o abuso de álcool e de 9,0% para o tabagismo. Limitações metodológicas inerentes a estudos retrospectivos impedem avaliação consistente dessas variáveis de nosso estudo. Não houve um direcionamento para avaliação desses fatores de risco, e a amplitude das definições do que constitui abuso das bebidas alcoólicas não permite conclusões; consideramos ainda que a avaliação do tabagismo como fator de risco na etiologia dos sintomas dispépticos deve também contemplar aspectos quantitativos, o que não ocorreu neste estudo.

Estudos epidemiológicos realizados em diferentes centros têm mostrado que o risco de complicações gastrointestinais aumenta de três a cinco vezes em pacientes em uso de AINES^{91,92}. Em nosso estudo, o percentual de indivíduos que relataram uso de AINES até 48 horas antes do exame foi pequeno (4,6%), e observamos diferença estatisticamente significativa quanto ao relato do uso de AINES entre os indivíduos com endoscopias normais ou com alterações mínimas e os com exames endoscópicos anormais. O estabelecimento de relação entre o uso de AINES e os sintomas dispépticos não foi objetivo deste estudo, mas trabalhos em centros de referência e estudos populacionais não demonstraram tal relação^{95,150}.

6.2 Correlação clínico-endoscópica

Nossa análise, que assume características de estudo populacional por ser bastante representativa da população de Belo Horizonte, constitui o primeiro estudo epidemiológico brasileiro, realizado em centro de referência, a buscar estabelecer relação clínico-endoscópica em pacientes com sintomas dispépticos. Foi verificado

que a grande maioria dos pacientes encaminhados para a endoscopia (78,1%) se queixava de dispepsia ou sintomas predominantes ou isolados de refluxo gastroesofágico. Entre os dispépticos, um terço apresentava sintomas inespecíficos, seguindo-se a eles os pacientes com sintomas sugestivos de úlcera péptica (22,2%). Várias publicações sugerem que é possível a caracterização de grupos definidos de dispepsia, conforme propomos neste estudo. O que é controverso é o estabelecimento do real benefício dessa categorização. Talley et al.³⁸, em estudo em centro de referência, encontraram percentuais muito semelhantes aos de nosso estudo (dispepsia inespecífica, 27,0%; dispepsia tipo úlcera, 17,0%; sintomas predominantes de refluxo, 16,0%; e dispepsia tipo dismotilidade, 9,0%). Resultados diferentes foram descritos por Mansi et al.¹¹¹, que, em estudo prospectivo, observaram maior percentual de indivíduos com dispepsia tipo úlcera. Colin-Jones⁴⁰ sugere que o fato de um terço dos pacientes encaminhados para a endoscopia não apresentar sintomas suficientemente específicos para permitir sua categorização (por nós denominados inespecíficos) demonstra a limitação dos sintomas como indicativo de um diagnóstico conclusivo.

Correlacionamos os quatro principais motivos para a realização da endoscopia com o resultado do exame. Foi constatado que os pacientes encaminhados para propedêutica, os portadores de dispepsia tipo úlcera e os pacientes com sintomas predominantes (ou únicos) de refluxo gastroesofágico apresentavam maior prevalência de exames com anormalidades significativas (54,5%, 58,8% e 71,4%, respectivamente). Ao contrário, aproximadamente 70,0% dos pacientes com sintomas dispépticos inespecíficos ou com dispepsia tipo dismotilidade apresentaram exame endoscópico normal ou com alterações mínimas. Esses achados corroboram os trabalhos com modelos de predição em dispepsia cujo maior impacto é o alto valor

preditivo negativo dos sintomas avaliados¹¹⁰. Os valores preditivos são altamente dependentes da taxa de prevalência da doença estudada, e a menor prevalência da dispepsia orgânica (com conseqüentes baixo valor preditivo positivo e alto valor preditivo negativo) implica que o objetivo poderia ser sua exclusão do quadro funcional, ao contrário do diagnóstico de uma doença orgânica.

O diagnóstico de úlcera péptica foi muito mais freqüente nos portadores de dispepsia tipo úlcera (48,7%) do que nos portadores de dispepsia inespecífica e tipo dismotilidade (12,0%) ou nos portadores de sintomas de refluxo (6,0%).

O diagnóstico de esofagite de refluxo também ocorreu em percentual diferente, de acordo com os diversos motivos. A prevalência foi maior no grupo de sintomas de refluxo (41,2%). Schnell et al.¹⁵¹ e Behar et al.¹⁵² encontraram prevalência de esofagite em 39,0% e 61%, respectivamente, entre indivíduos com sintomas de refluxo gastroesofágico. Esse diagnóstico foi estabelecido para 7,0% dos dispépticos tipo dismotilidade, para 4,0% dos dispépticos tipo úlcera e para 8,6% dos dispépticos inespecíficos.

A neoplasia gástrica foi mais freqüente nos portadores de dispepsia tipo úlcera (1,6%) e tipo dismotilidade (1,0%). Os portadores de dispepsia inespecífica e de sintomas de refluxo apresentaram baixa prevalência desse diagnóstico (0,4% e 0,3%, respectivamente).

Mesmo considerando a limitação dos sintomas dispépticos na definição de diagnósticos específicos, a anamnese sistemática e cuidadosamente realizada e registrada possibilitou uma correlação clínico-endoscópica sugestiva de maior poder discriminatório para doenças orgânicas nos portadores de sintomas dispépticos tipo úlcera e de refluxo gastroesofágico. Nos dispépticos tipo dismotilidade ou com sintomas inespecíficos, as doenças funcionais foram mais freqüentes. Esses dados

confirmam, entretanto, a vulnerabilidade do diagnóstico clínico dos quadros dispépticos quando checados à luz do que consideramos ser o padrão ouro, ou seja, da endoscopia digestiva.

A utilização da endoscopia como padrão de referência para o diagnóstico da dispepsia também deve ser questionada. Vários trabalhos sugerem que anormalidades histológicas podem ser demonstradas em um número significativo de pacientes com exames endoscópicos normais, questionando, assim, o que seja um trato gastrointestinal alto normal. Como já descrito na apresentação dos resultados, não realizamos o exame histológico de todos os pacientes incluídos, pois nosso principal objetivo foi a avaliação dos pacientes dispépticos à luz da endoscopia.

Em nossa avaliação, as dispepsias tipo dismotilidade e inespecífica e os sintomas de refluxo predominaram nos indivíduos do sexo feminino. Ao contrário, os portadores de dispepsia tipo úlcera eram predominantemente masculinos. Outros estudos mostram resultados diversos, mas referem-se a amostras menores. A média de idade dos pacientes, de acordo com os diferentes motivos, foi variável, e todos os grupos apresentaram média acima de 40 anos. Os portadores de sintomas de refluxo e dispepsia tipo dismotilidade apresentaram média de 45 anos.

6.3 Prevalência das principais afecções do aparelho digestivo superior encontradas na endoscopia e estratificação dos achados em relação à faixa etária

O resultado do exame endoscópico no grupo de pacientes estudados mostrou alterações variáveis em aproximadamente 90,0% dos casos. Trata-se de um percentual elevado, já que nele foram também consideradas as alterações discretas

da mucosa (como a gastrite superficial do antro, a hérnia hiatal sem sinais endoscópicos de esofagite e a duodenite isolada), somadas às anormalidades de relevância clínica indiscutível, como as neoplasias, as úlceras gastroduodenais e a esofagite erosiva. Alguns endoscopistas consideram as alterações mínimas da mucosa, como o eritema e a friabilidade, achados falsos-positivos, pois, nesses casos, a correlação com a histologia é pobre e os índices de concordância entre observadores são insatisfatórios. O problema é ainda maior quando verificamos que achados falsos-positivos também podem ocorrer na histologia.

Vários estudos realizados em centros de referência demonstram percentuais maiores de exames normais. Johnsen et al.¹⁰⁶, em estudo caso controle com 273 pacientes dispépticos e assintomáticos, encontraram índice de exames normais de 53,5% no grupo sintomático. Quando foi realizada a correlação com a histologia, esse percentual caiu para 10,3%, valor este muito próximo daquele que evidenciamos em nosso estudo. Adang et al.¹⁰⁸, Johannessen et al.¹¹⁰, Lindberg et al.¹¹³ e Mansi et al.¹¹¹, em estudos prospectivos em que consideraram os principais diagnósticos endoscópicos, como em nosso estudo, encontraram taxas de exames endoscópicos normais de 34,9%, 71,0%, 42,0% e 57,0%, respectivamente. Talley et al.³⁸, em estudo prospectivo realizado em centro de referência, também encontraram número significativo de pacientes com endoscopias normais. Em todos esses trabalhos, a endoscopia constituiu o exame diagnóstico padrão realizado em uma população encaminhada para um centro de referência.

A alta prevalência de diagnósticos positivos em nosso estudo não deve ser explicada pela utilização de critérios diagnósticos próprios. Como já relatado na metodologia deste estudo, os diagnósticos endoscópicos foram realizados com base em critérios bem definidos e internacionalmente aceitos. Quando agrupamos os

pacientes com diagnóstico de endoscopia normal e os portadores de alterações mínimas (hérnia hiatal sem esofagite, gastrite superficial do antro e duodenite isolada), o percentual aumentou para 51,7%. O estudo prospectivo publicado por Numans et al.³⁷, com categorização semelhante à que utilizamos, mostrou que 53,0% dos pacientes apresentavam exames endoscópicos normais (16,0%) ou com alterações mínimas (37,0%), resultados estes comparáveis aos nossos.

A inclusão dos diagnósticos de gastrite crônica superficial, hérnia hiatal sem sinais endoscópicos de esofagite e duodenite isolada sob o rótulo de alterações mínimas baseou-se no questionamento da real capacidade dessas condições em produzir sintomas. A correlação entre os sintomas dispépticos e a gastrite crônica superficial constitui tema de controvérsia. A gastrite crônica é muito freqüente em indivíduos assintomáticos¹⁵³, e sua prevalência aumenta com a idade, podendo estar presente em mais de 50,0% dos indivíduos a partir da quinta década de vida¹⁵⁴⁻¹⁵⁵. Kruening et al.¹⁵⁶ e Cheli et al.¹⁵⁷ realizaram diagnóstico histológico de gastrite crônica superficial em 36,0% e 26,6% de pessoas assintomáticas, respectivamente. Johnsen et al.¹⁰⁶ relacionaram as alterações endoscópicas e histológicas, em estudo prospectivo comparando pacientes sintomáticos com controles assintomáticos, e encontraram, respectivamente, taxas de 20,1% e 16,1% à endoscopia ($p = 0,28$) e de 43,2% e 37,4% à histologia ($p = 0,26$). As erosões na mucosa gástrica, particularmente na região pré-pilórica, são encontradas com freqüência à endoscopia e são utilizadas como marcador para diagnóstico endoscópico das gastrites crônicas. Bernersen et al.¹⁵⁸, em estudo endoscópico populacional, encontraram alterações erosivas pré-pilóricas em 38,5% dos dispépticos e em 35,1% dos controles assintomáticos ($p = 0,40$). Adang et al.¹⁰⁸, em estudo prospectivo em que avaliaram a importância dos sintomas por meio de modelo de regressão

logística, demonstraram que pacientes com gastrite endoscópica ou duodenite raramente poderiam ser discriminados daqueles com endoscopia normal (sensibilidade de 80,0% e especificidade de 50,0%). Esses resultados sugerem que os achados endoscópicos de gastrite crônica ou duodenite não devem ser utilizados para justificar as queixas dispépticas. Em outro estudo, Borch et al.¹⁵⁹ avaliaram, prospectivamente, sintomas dispépticos em 151 portadores de gastrite crônica e 151 indivíduos com histologia gástrica normal, pareados por idade e sexo. Não ocorreu diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto à presença dos sintomas dispépticos, em três meses de observação. Em nosso estudo, a maior prevalência desses diagnósticos entre os portadores de queixas inespecíficas ou de dismotilidade demonstra a impossibilidade de relacioná-los a sintomas específicos, e a grande prevalência entre indivíduos assintomáticos justifica sua codificação como alterações mínimas. Entretanto, devemos enfatizar que, neste estudo, esses dois diagnósticos basearam-se em um vasto espectro de alterações endoscópicas da mucosa. Considerações mais específicas das alterações na mucosa poderiam talvez permitir uma melhor distinção desse grupo à luz dos sintomas dispépticos.

Duodenite isolada foi outro diagnóstico categorizado como “alteração mínima”. Como na maioria das séries publicadas, a prevalência do diagnóstico de duodenite como diagnóstico principal, independente de sua intensidade, foi pequena, correspondendo a 1,6% dos pacientes incluídos com sintomas dispépticos ou de refluxo. Greenlaw et al.¹⁶⁰ encontraram prevalência de 1,0% de duodenite isolada ao estudar a incidência e o tipo das alterações inflamatórias gastroduodenais em 100 pacientes com sintomas dispépticos. Em nossa análise, não consideramos o diagnóstico de duodenite associado à úlcera duodenal, o que, sem dúvida, aumentaria o percentual daquele diagnóstico, pois tal associação motiva

controvérsias. Também não consideramos a associação entre gastrite e duodenite, que, embora freqüente, é igualmente motivo de controvérsias na sua relação com os sintomas dispépticos. As classificações endoscópicas para duodenite, propostas por Joffe¹⁶¹ e Venables¹⁶², não foram utilizadas na rotina do serviço, por não apresentarem utilidade prática. Johnsen et al.¹⁰⁶, comparando indivíduos sintomáticos com controles, encontraram maior percentual de duodenite endoscópica entre os indivíduos sintomáticos, mas à histologia não foi observada qualquer diferença entre os sintomáticos e os controles (69,5% e 68,3%, respectivamente). Kruening et al.¹⁵⁶, em avaliação histológica de indivíduos assintomáticos, encontraram taxa de 12,0% de alterações inflamatórias significativas. Verifica-se assim que, quase dois séculos após a publicação, pela Universidade de Paris, da tese de Baudin sobre as duodenites, ainda são grandes as dúvidas sobre as implicações clínicas da duodenite, sua relação com a úlcera duodenal e até mesmo sua correlação com a histologia. Persiste, portanto, a discussão sobre a pertinência de se considerar a duodenite isolada como uma entidade clínica autônoma, o que motivou sua inclusão, neste estudo, como alteração mínima.

O diagnóstico de hérnia de hiato, quando não acompanhado de alterações inflamatórias na mucosa do esôfago, também foi incluído no rol das alterações mínimas. Sua inclusão deu-se como outras afecções do esôfago (3,7%), sendo responsável pela quase totalidade delas (82,0%). Johnsen et al.¹⁰⁶, comparando dispépticos e controles pareados por idade e sexo, encontraram taxa de prevalência de hérnia de hiato de 3,3% no grupo sintomático e de 2,6% no grupo controle ($p = 0,79$). Adang et al.¹⁰⁸ concluíram, em seu estudo sobre o valor discriminatório dos sintomas, que era impossível estabelecer o diagnóstico de hérnia hiatal com base somente na história clínica. Observaram, entretanto, forte

associação entre hérnia de hiato e esofagite, demonstrada pelos fatos de que 31,0% dos pacientes com hérnia de hiato tinham esofagite e de que 40,0% dos pacientes com diagnóstico de esofagite apresentavam hérnia de hiato. A sensibilidade e a especificidade dos principais sintomas da doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) são, no entanto, altas o suficiente para, dentro das definições atuais da DRGE, estabelecer o diagnóstico, independente do diagnóstico endoscópico¹⁶³. Devemos ressaltar que a ausência de esofagite erosiva não exclui outras formas do refluxo gastroesofágico (doença de refluxo não-erosiva). A utilização de critério diagnóstico rígido para hérnia hiatal, em comparação com os critérios diagnósticos propostos por outros autores^{131,164,165}, não aumentou significativamente a frequência desse diagnóstico no grupo estudado.

Esses diagnósticos (alterações mínimas), somados aos exames endoscópicos normais, ocorreram predominantemente nas mulheres e apresentavam maior incidência nos indivíduos de até 30 anos (70,8%), diferentemente das anormalidades significativas, que se apresentaram em faixa etária significativamente maior, aumentando gradativamente sua incidência com o aumento da idade e predominando nos homens. Tais achados demonstram, de forma consistente, que a indicação da endoscopia no grupo de pacientes jovens, especialmente do sexo feminino e com queixas dispépticas inespecíficas, deve merecer revisão cuidadosa, restringindo-se sua realização para casos selecionados. Tais pacientes podem ser conduzidos, do ponto de vista clínico, sem o exame endoscópico, que, como aqui demonstrado, pouco acrescenta como arma diagnóstica. A redução de custos e da carga de trabalho dos serviços de endoscopia advinda dessa medida poderia canalizar esforços no sentido de uma maior disponibilização de exames colonoscópicos para rastreamento e diagnóstico do

câncer colorretal, neoplasia de incidência crescente em todo o mundo e também no Brasil.

As anormalidades que incluímos como significativas foram esofagite de refluxo, úlcera gastroduodenal e neoplasia gástrica. Os casos de esofagite de refluxo foram categorizados de acordo com a classificação de Savary-Miller original. A apresentação mais comum da doença do refluxo gastroesofágico foi sob a forma não-erosiva. No grupo que estudamos, 5,6% apresentavam alterações discretas na mucosa do esôfago, sem solução de continuidade (denominada por alguns como “esofagite edematosa”). Bytzer et al.¹⁶⁶ realizaram avaliação da concordância entre endoscopistas (variação inter-observadores) para o reconhecimento das lesões esofagianas relacionadas ao refluxo gastroesofágico em pacientes dispépticos. O índice de concordância para as erosões foi excelente, porém a concordância para as denominadas alterações não-erosivas foi ruim (índice Kappa entre 0,34 e 0,47). Armstrong et al.¹⁶⁷, em trabalho prospectivo, avaliaram o grau de concordância sobre as alterações esofagianas, erosivas ou não, entre endoscopistas experientes e entre endoscopistas em treinamento. Comparando o resultado desses dois grupos, obtiveram ótima concordância em relação às erosões esofagianas. Quando compararam o resultado das avaliações das alterações não-erosivas, obtiveram, surpreendentemente, alta concordância entre os endoscopistas experientes, sendo o índice Kappa baixo apenas entre os endoscopistas em treinamento. Preferimos, então, isolar esse grupo de pacientes da análise, devido à falta de uniformidade nas definições sobre as alterações e até mesmo na concordância sobre sua presença. Além disso, as classificações internacionais não contemplam essas alterações para graduação.

Entre o grupo de dispépticos ou com sintomas de refluxo, o diagnóstico de esofagite erosiva, independente de sua intensidade, ocorreu em 12,9%, com taxa

de prevalência significativamente maior a partir de 40 anos de idade (16,1%), se comparada ao ponto de corte de 30 anos (8,9%). Johnsen et al.¹⁰⁶, avaliando um grupo de pacientes com as mesmas queixas do grupo que estudamos, encontraram 12,0% de prevalência de esofagite erosiva. Adang et al.¹⁰⁸ também encontraram percentual de esofagite semelhante ao que evidenciamos (12,5%). Esse percentual é maior do que o descrito por outros autores, como Wai et al.¹⁶⁸ que, em estudo prospectivo em população oriental, avaliaram 5.066 dispépticos e encontraram prevalência de esofagite erosiva em 5,0% dos indivíduos. Sabemos, entretanto, que a forma erosiva da DRGE está ausente em mais de 50,0% dos pacientes com sintomas típicos, conforme publicado no Consenso de Genval¹⁶⁹. Assim, o percentual que encontramos no nosso estudo demonstra a importância do exame endoscópico na avaliação da integridade da mucosa esofagiana dos portadores de DRGE, ao mesmo tempo que ratifica, dentro dos conceitos atuais sobre DRGE, as limitações desse método no diagnóstico da doença¹⁷⁰.

Encontramos percentual significativo de lesões ulceradas pépticas no grupo de dispépticos que estudamos (21,4%). Dentro desse grupo, a maioria era constituída por portadores de úlcera duodenal (65,0%). Ao agruparmos os pacientes com úlcera péptica para distribuição nas diferentes faixas etárias, verificamos aumento gradativo na prevalência dessa afecção a partir dos 30 anos. Os pacientes com úlcera duodenal apresentaram maior prevalência entre a quarta e a quinta décadas de vida, e os portadores de úlcera gástrica e gastroduodenal, na década seguinte. Wai et al.¹⁶⁸, em seu amplo estudo epidemiológico em centro de referência, encontraram prevalência de lesões ulceradas pépticas em 14,9% dos pacientes, a maioria deles com úlcera duodenal. Johnsen et al.¹⁰⁶, estudando um número pequeno de dispépticos, encontraram taxa de 8,4%. A úlcera péptica gastroduodenal

foi a alteração endoscópica significativa mais freqüente, com prevalência maior entre os portadores de dispepsia tipo úlcera.

Parkin et al.¹⁷¹ estimam que a neoplasia gástrica seja o segundo câncer mais freqüente em todo o mundo. No Brasil, ocorrem diferenças regionais nos índices de morbi-mortalidade, porém, segundo as estimativas de incidência e mortalidade por câncer no Brasil, publicadas pelo INCA¹⁷², o câncer do estômago ocupa o segundo lugar entre as causas de óbito por neoplasia.

Em nosso estudo, a neoplasia gástrica foi diagnosticada em 1,2% (141 casos) de todos os pacientes incluídos, sendo que a metade deles realizou o exame endoscópico devido a queixas dispépticas ou de refluxo (78 casos) e os demais realizaram-no para esclarecimento de sintomas de alarme (propedêutica). A distribuição do câncer gástrico em relação ao sexo e à idade, no grupo que estudamos, é semelhante aos achados de Rodrigues e Nogueira¹⁷³, que avaliaram 289 pacientes com câncer gástrico, consecutivamente, e observaram proporção de 1,8 homens para uma mulher, com média de idade de 65 anos. A análise da distribuição dos pacientes com neoplasia gástrica nas diferentes faixas etárias estabelecidas, através do teste qui-quadrado de tendência, demonstrou forte associação linear entre o diagnóstico de neoplasia gástrica e a variável idade, independentemente do sexo, apesar de o percentual de tal diagnóstico ter sido significativamente maior na população masculina do que na feminina (OR = 2,193). A avaliação do *odds ratio* (ou razão de chances) do fator idade em relação ao câncer gástrico, calculado para cada faixa considerada (30, 35, 40, 45 e 50 anos), detectou possibilidade de resultado negativo para neoplasia gástrica muito maior na população abaixo de 30 anos do que na acima desse ponto de corte, além de mostrar diferença estatisticamente significativa em todas as faixas estudadas.

Verificamos um caso de neoplasia gástrica entre 2.710 pacientes de até 30 anos (OR = 30,7); três casos em 3.850 pacientes abaixo dos 35 anos (OR = 17,0); oito casos em 4.934 pacientes abaixo de 40 anos (OR = 9,0); 15 casos em 5.812 exames, quando o ponto de corte foi de 45 anos (OR = 6,6); e 22 casos quando a idade de corte foi de 50 anos (OR = 5,6). Tais achados diferem daqueles observados em diferentes estudos estrangeiros, a maioria dos quais recomenda a realização de endoscopia apenas após os 45 anos para pacientes dispépticos sem sintomas de alarme. A Associação Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE)⁹ indica o exame endoscópico para pacientes com sintomas de alarme, pacientes em uso de AINEs ou drogas ulcerogênicas, para aqueles que não respondem à terapêutica empírica e para pacientes dispépticos não investigados pertencentes a populações com alta prevalência de neoplasia gástrica ou esofagiana, independentemente da idade; nos demais casos, indica a terapêutica empírica. A Associação Americana de Gastroenterologia (AGA)¹⁷⁴, o Grupo Canadense de Trabalho em Dispepsia¹⁷⁵, a Sociedade Britânica de Gastroenterologia¹⁷⁶ e o Comitê Americano de Políticas Públicas de Saúde, juntamente com o Colégio Americano de Clínicos¹⁷⁷, recomendam que pacientes jovens (na maioria desses trabalhos, o ponto de corte foi de 45 anos), sem sintomas de alarme e sem investigação prévia devam ser submetidos a teste não-invasivo para o diagnóstico de *H. pylori*. Recomendam a terapêutica de erradicação empírica para os portadores da bactéria e o emprego de drogas anti-secretoras, por seis a oito semanas, nos casos de testes negativos. A endoscopia estará indicada para os pacientes que persistirem sintomáticos. Na Ásia, o Primeiro Grupo de Trabalho em Dispepsia Funcional¹⁷⁸ recomendou a realização do exame endoscópico em pacientes com sintomas dispépticos, entre 35 e 55 anos, dependendo da prevalência local do câncer gástrico.

Constatamos, assim, que várias estratégias são propostas para a abordagem dos dispépticos sem sintomas de alarme, em diversos países. A idade, isoladamente, constitui o mais importante fator preditivo para uma doença orgânica nesse grupo de pacientes. A discussão sobre a utilização apropriada da endoscopia digestiva alta na propedêutica dos pacientes dispépticos jovens baseia-se na identificação da faixa etária (ponto ideal de corte) na qual a prevalência de câncer gástrico é baixa o suficiente para dispensar com segurança o exame endoscópico.

Os dados obtidos neste estudo contribuem de maneira efetiva para a definição de um ponto de corte, em relação à faixa etária, para o risco de neoplasia gástrica entre nós e sugerem que a opção por estratégias alternativas ao exame endoscópico para pacientes dispépticos deveria considerar a faixa etária não superior a 30 ou 35 anos.

Em relação à prevalência da infecção pelo *H. pylori*, consideramos que o número de exames em que foram adotados dois métodos de pesquisa (pesquisa histológica e teste de urease) foi relativamente pequeno (28,0%), correspondendo a 3.439 exames. O percentual de pesquisa positiva para o *H. pylori* através dos dois métodos de pesquisa foi de 55%. A avaliação do risco relativo da presença do *H. pylori* para neoplasia gástrica foi estatisticamente significativa (OR = 4,1). Evidências epidemiológicas da associação entre infecção pelo *H. pylori* e câncer gástrico estão bem estabelecidas (a Organização Mundial de Saúde, em publicação datada de 1994, considerou o *H. pylori* agente carcinógeno tipo I para o câncer gástrico) e vêm sendo acumuladas e demonstradas em vários estudos, com aumento do risco para neoplasia gástrica entre 2,9 a seis vezes¹⁷⁹.

7 CONCLUSÕES

Da análise dos achados endoscópicos em 12.261 pacientes examinados, no período de 1991 a 2001, podemos tirar as seguintes conclusões:

- Aproximadamente 80% dos pacientes encaminhados para o exame endoscópico apresentavam sintomas dispépticos ou queixas de refluxo esofagogástrico.
- Exames endoscópicos com alterações consideradas significativas foram encontrados predominantemente em pacientes com queixas de disfagia, refluxo gastroesofágico, dispepsia tipo úlcera e nos pacientes encaminhados para propedêutica.
- Pacientes com sintomas dispépticos inespecíficos e com dispepsia tipo dismotilidade mostraram predominância de exame endoscópico normal ou com alterações mínimas.
- Dois terços das lesões ulceradas eram de localização duodenal. Os pacientes com úlcera duodenal apresentaram maior prevalência entre a quarta e a quinta décadas de vida, e os portadores de úlcera gástrica, na década seguinte.
- O achado endoscópico de esofagite erosiva ocorreu com maior frequência a partir dos 30 anos de idade. Mais da metade dos pacientes com sintomas de refluxo gastroesofágico não apresentavam achados endoscópicos de esofagite erosiva.
- Aproximadamente um por cento dos pacientes examinados apresentava neoplasia gástrica, sendo que, na metade dos casos, queixas dispépticas

(incluindo refluxo gastroesofágico) constituíram a indicação principal da solicitação do exame endoscópico.

- Entre nós, a opção por estratégias alternativas ao exame endoscópico para pacientes dispépticos sem sintomas de alarme deve considerar a faixa etária não superior a 30 ou 35 anos.
- Infecção por *H. pylori*, comprovada por dois métodos diagnósticos, foi observada em mais da metade dos pacientes.
- A infecção por *H. pylori* constitui fator de risco para o desenvolvimento de câncer gástrico.

REFERÊNCIAS^(*)

- 1) Mourão MM. História da endoscopia digestiva alta, com aparelhos rígidos e semiflexíveis. In: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, editor. *Endoscopia digestiva*. Rio de Janeiro: Fundação Smith-Kline; 1984. p.19-24.
- 2) Job JM. Aparelhos de fibra ótica. In: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, editor. *Endoscopia digestiva*. Rio de Janeiro: Fundação Smith-Kline; 1984. p.25-38.
- 3) Axon AT, Bell GD, Jones RH, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *BMJ* 1995; 310(6983):853-6.
- 4) Cotton P. Endoscopy in crisis: the challenge of new technology [editorial]. *Gastrointest Endosc* 1997; 46(2):189-91.
- 5) Quine MA, Bell GD, McCloy RF, Devlin HB, Hopkins A; Steering Group of the Upper Gastrointestinal Endoscopy Audit Committee. Appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy: a prospective audit. *Gut* 1994; 35(9):1209-14.
- 6) Westbrook JI, McIntosh JH, Duggan JM. Accuracy of provisional diagnoses of dyspepsia in patients undergoing first endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(3): 283-8.
- 7) Westbrook JI, McIntosh JH, Talley NJ. The impact of dyspepsia definition on prevalence estimates: considerations for future researchers. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35(3):227-33.
- 8) Talley NJ, Silverstein MD, Agréus L, Nyrén O, Sonnenberg A, Holtmann G; American Gastroenterological Association. AGA technical review: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 114(3):582-95.
- 9) American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *The role of endoscopy in dyspepsia: guidelines for clinical application*. 2002. Available from: <http://www.asge.org/gui/resousesmanual/misc>.
- 10) Axon, ATR. Chronic dyspepsia: who needs endoscopy? *Gastroenterology* 1997; 112(4):1376-80.

^(*) As referências aqui listadas seguem as normas internacionais recomendadas por: ICMJE – International Committee of Medical Journal Editors. *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*. Vancouver: ICMJE, 2004. Disponível em: <<http://www.icmje.org>>. Acesso em: 24 set. 2005.

- 11) Gonvers JJ, Burnand B, Froehlich F, Pache I, Thorens J, Fried M, et al. Appropriateness and diagnostic yield of upper gastrointestinal endoscopy in an open-access endoscopy unit. *Endoscopy* 1996; 28(8):661-6.
- 12) Warren JR. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. *Lancet* 1983; 1(8336):1273-5.
- 13) Patel P, Khulusi S, Mendall MA, Lloyd R, Jazrawi R, Maxwell JD, et al. Prospective screening of dyspeptic patients by *Helicobacter pylori* serology. *Lancet* 1995; 346(8986):1315-8.
- 14) Silverstein MD, Petterson T, Talley NJ. Initial endoscopy or empirical therapy with or without testing for *H. pylori* for dyspepsia: a decision analysis. *Gastroenterology* 1996; 110(1):72-83.
- 15) Mendall MA, Jazrawi RP, Marrero JM, Molineaux N, Levi J, Maxwell JD, et al. Serology for *Helicobacter pylori* compared with symptom questionnaires in screening before direct access endoscopy. *Gut* 1995; 36(3):330-3.
- 16) Rabeneck L, Wray NP, Graham DY. Managing dyspepsia: what do we know and what do we need to know? *Am J Gastroenterol* 1998; 93(6):920-4.
- 17) Tytgat GNJ. *H. pylori* and peptic ulcer disease: how to diagnose, how to treat. In: *AGA Spring Postgraduate Course Syllabus*. Washington: DDW Postgraduate Course; 1997. p.23-36.
- 18) Holtmann G, Talley NJ. Definition and clinical presentation of patients with dyspepsia, functional dyspepsia and related functional gastrointestinal complaints. In: Holtmann G, Talley NJ, editors. *Clinicians manual on managing dyspepsia*. London: Life Science Communications; 2000. p.1-6.
- 19) Rhind JA, Watson L. Gallstone dyspepsia. *Br Med J* 1968; 1(583):32.
- 20) Crean GP, Card WI, Beattie AD, Holden RJ, James WB, Knill-Jones RP, et al. Ulcer-like dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1982; 79 Suppl:9-15.
- 21) Thompson WG. Non ulcer dyspepsia. *Can Med Assoc J* 1984; 130(5):565-9.
- 22) Knill-Jones RP. A formal approach to symptoms in dyspepsia. *Clin Gastroenterol* 1985; 14(3):517-29.
- 23) Talley NJ, Piper DW. The association between non ulcer dyspepsia and other gastrointestinal disorders. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20(7):896-900.
- 24) Nyrén O, Adami HO, Gustavsson S, Lindgren PG, Loof L, Nyberg A. The "epigastric distress syndrome": a possible disease entity identified by history

- and endoscopy in patients with non ulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1987; 9(3):303-9.
- 25) Talley NJ, Phillips SF. Non ulcer dyspepsia: potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988; 108(6):865-79.
 - 26) Colin-Jones DG, Bloon B, Bodemar G, Crean G, Freston J, Malagelada J, et al . Management of dyspepsia: report of a working party. *Lancet* 1988; 1:576-9.
 - 27) Barbara L, Camilleri M, Corinaldesi R, Crean GP, Heading RC, Johnson AG, et al. Definition and investigation of dyspepsia: consensus of an international ad hoc working party. *Dig Dis Sci* 1989; 34(8):1272-6.
 - 28) Heading RC. Definitions of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 182 Suppl:1-6.
 - 29) Penston JG, Pounder RE. A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacol Ther* 1996; 10(1):83-9.
 - 30) Chiba N. Definitions of dyspepsia: time for a reappraisal. *Eur J Surg* 1998;164 (583 Suppl):14-23.
 - 31) Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45(2 Suppl):II37-42.
 - 32) Talley NJ, Colin-Jones D, Koch KL, Koch M, Nyrén O, Stanghellini N. Functional dyspepsia: a classification with guidelines for diagnosis and management. *Gastroenterol Int* 1991; 4(4):145-60.
 - 33) Gremse DA, Sacks AI. Evaluation of dyspepsia. *Pediatr Ann* 1997; 26(4):251-9.
 - 34) Richter JE. Dyspepsia: organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 182 Suppl:11-6.
 - 35) Holtmann G, Treichel U, Talley NS. Structural lesions causing dyspepsia. In: Holtmann G, Talley NJ, editors. *Clinicians manual on managing dyspepsia*. London: Life Science Communications; 2000. p.19-24.
 - 36) The Danish Dyspepsia Study Group. Value of the unaided clinical diagnosis in dyspeptic patients in primary care. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(5):1417-21.
 - 37) Numans ME, Van der Graaf Y, de Wit NJ, Touw-Otten F, de Melker RA. How much ulcer is ulcer-like?: diagnostic determinants of peptic ulcer in open access gastroscopy. *Fam Pract* 1994; 11(4):382-8.

- 38) Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology* 1993; 105(5):1378-86.
- 39) Talley NJ, Verlinden M, Jones M. Can symptoms discriminate among those with delayed or normal gastric emptying in dysmotility-like dyspepsia? *Am J Gastroenterol* 2001; 96(5):1422-8.
- 40) Colin-Jones DG. Dyspepsia update. *Scand J Gastroenterol* 1995; 210 Suppl:32-5.
- 41) Kagevi I, Lofstedt S, Persson LG. Endoscopic findings and diagnoses in unselected dyspeptic patients at a primary health care center. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24(2):145-50.
- 42) Malagelada JR. Functional dyspepsia: insights on mechanisms and management strategies. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25(1):103-12.
- 43) Talley NJ. Why do functional gastrointestinal disorders come and go? *Dig Dis Sci* 1994; 39(4):673-7.
- 44) Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jessen P, Jansens P, Whitchead WE. Identification of subgroups of functional intestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1990; 3(4):159-72.
- 45) Agréus L, Svärdsudd K, Nyrén O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995; 109(3):671-80.
- 46) Marshall BJ. The future of *Helicobacter pylori* eradication: a personal perspective. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11(1 Suppl):109-15.
- 47) Agréus L, Talley N. Challenges in managing dyspepsia in general practice. *BMJ* 1997; 315(7118):1284-8.
- 48) Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102(4 Pt 1):1259-68.
- 49) Cann PA, Gleeson MH, Robinson TJ, Wicks AC. Assessing dyspepsia in general practice. *Br J Clin Pract* 1994; 48(5):263-7.
- 50) Meineche-Schmidt V, Christensen E. Classification of dyspepsia: identification of independent symptom components in 7270 consecutive, unselected dyspepsia patients from general practice. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33(12):1262-72.

- 51) Small PK, Loudon MA, Waldron B, Smith D, Campbell FC. Importance of reflux symptoms in functional dyspepsia. *Gut* 1995; 36(2):189-92.
- 52) Johnsson F, Joelsson B, Gudmundsson K, Greiff L. Symptoms and endoscopic findings in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22(6):714-8.
- 53) Knill-Jones RP. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 182 Suppl:17-24.
- 54) Jones R, Lydeard S. Dyspepsia in the community: a follow-up study. *Br J Clin Pract* 1992; 46(2):95-7.
- 55) Kay L. Prevalence, incidence and prognosis of gastrointestinal symptoms in a random sample of an elderly population. *Age Ageing* 1994; 23(2):146-9.
- 56) Kennedy T, Jones R. Development of a postal health status questionnaire to identify people with dyspepsia in the general population. *Scand J Prim Health Care* 1995; 13(4):243-9.
- 57) Jones RH, Lydeard SE, Hobbs FDR, Kenkre JE, Williams EI, Jones SJ, et al. Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 1990; 31(4):401-5.
- 58) Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *BMJ* 1989; 298(6665):30-2.
- 59) Kay L, Jorgensen T. Epidemiology of upper dyspepsia in a random population: prevalence, incidence, natural history, and risk factors. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29(1):1-6.
- 60) Talley NJ, Evans JM, Fleming KC, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and dyspepsia in the elderly. *Dig Dis Sci* 1995; 40:1345-50.
- 61) Bernersen B, Johnsen R, Straume B. Non-ulcer dyspepsia and peptic ulcer: the distribution in a population and their relation to risk factors. *Gut* 1996; 38(6):822-5.
- 62) Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut* 1998; 42(5):690-5.
- 63) Agréus L, Svardsudd K, Nyrén O, Tibblin G. The epidemiology of abdominal symptoms: prevalence and demographic characteristics in a Swedish adult population; a report from the Abdominal Symptom Study. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29(2):102-9.

- 64) Holtmann G, Talley NJ. Epidemiology. In: Holtmann G, Talley NJ, editors. *Clinicians manual on managing dyspepsia*. London: Life Science Communications; 2000. p. 9-17.
- 65) Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmstead County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997; 112(5):1448-56.
- 66) Primeiro Consenso Brasileiro de Doença do Refluxo Gastroesofágico, 9-10 jun 2000; São Paulo, Brasil.
- 67) Warndorff DK, Knottnerus JA, Huijnen LGJ, Starmans R. How well do general practitioners manage dyspepsia? *J R Coll Gen Pract* 1989; 39(329):499-502.
- 68) Gear MWL, Barnes RJ. Endoscopic studies of dyspepsia in a general practice. *Br Med J* 1980; 280(6223):1136-7.
- 69) Krag E. Non-ulcer dyspepsia introduction: epidemiological data. *Scand J Gastroenterol* 1982; 79 Suppl:6-8.
- 70) Talley NJ, Haque M, Wyeth JW, Stace NH, Tytgat GN, Stanghellini V, et al. Development of a new dyspepsia impact scale: the Nepean Dyspepsia Index. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(2):225-35.
- 71) Mertz H, Fass R, Kodner A, Yan-Go F, Fullerton S, Mayer EA. Effect of amitriptyline on symptoms, sleep and visceral perception in patients with functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(2):160-5.
- 72) Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38(9):1569-80.
- 73) Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Smoking, alcohol and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. *Gut* 1994; 35(5): 619-24.
- 74) Coelho LGV. Úlcera péptica gastroduodenal. In: Dani R, editor. *Gastroenterologia essencial*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.149-64.
- 75) Sobala GM, Crabtree JE, Dixon MF, Schorah CJ, Taylor JD, Rathbone BJ, et al. Acute *Helicobacter pylori* infection: clinical features, local and systemic immune response, gastric mucosal histology, and gastric juice ascorbic acid concentrations. *Gut* 1991; 32(11):1415-8.
- 76) Armstrong D. *Helicobacter pylori* infection and dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1996; 215 Suppl:38-47.

- 77) McNamara DA, Buckley M, O'Morain CA. Nonulcer dyspepsia: current concepts and management; *Helicobacter pylori*, Part II. *Gastroenterol Clin North Am* 2000; 29(4):807-18.
- 78) Hovelius B, Andersson SI, Hagander B, Molstad S, Reimers P, Sperlich E, et al. Dyspepsia in general practice: history and symptoms in relation to *Helicobacter pylori* serum antibodies. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29(6):506-10.
- 79) Schubert TT, Schubert AB, Ma CK. Symptoms, gastritis and *Helicobacter pylori* in patients referred for endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1992; 38(3):357-60.
- 80) Bernersen B, Johnsen R, Bostad L, Straume B, Sommer AI, Burhol PG. Is *Helicobacter pylori* the cause of dyspepsia? *BMJ* 1992; 304(6837):1276-9.
- 81) Mearin F, De Ribot X, Bartolome R, Malagelada JR. Does *Helicobacter pylori* gastritis increase perceptions of gastric accommodation in functional dyspepsia? *Gastroenterology* 1993; 104:A550.
- 82) Holtmann G, Goebell H, Huber J, Talley NJ. *Helicobacter pylori* and sensory dysfunction in patients with functional dyspepsia and healthy controls. *Gastroenterology* 1995; 108:A615.
- 83) Passos MCF. *Ensaio prospectivo, randomizado, duplo-cego, placebo-controlado do efeito da erradicação do Helicobacter pylori nos pacientes dispépticos funcionais* [dissertation]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.
- 84) Rosenstock S, Kay L, Rosenstock C, Andersen LP, Bonnevie O, Jorgensen T. Relation between *Helicobacter pylori* infection and gastrointestinal symptoms and syndromes. *Gut* 1997; 41(2):169-76.
- 85) Raskin JB. Gastrointestinal effects of nonsteroidal anti-inflammatory therapy. *Am J Med* 1999; 106(5B):3S-12S.
- 86) Gabriel SE, Jaakkimainen L, Bombardier C. Risk for serious gastrointestinal complications related to use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1991; 115(10):787-96.
- 87) Davies NM. Toxicity of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the large intestine. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(12):1311-21.
- 88) Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med* 1999; 340(24):1888-99.
- 89) Singh G, Ramey DR, Morfeld D, Shi H, Hatoum HT, Fries JF. Gastrointestinal tract complications of nonsteroidal anti-inflammatory drug treatment in rheumatoid

- arthritis: a prospective observational cohort study. *Arch Intern Med* 1996; 156(14):1530-6.
- 90) Shallcross TM, Heatley RV. Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on dyspeptic symptoms. *Br Med J* 1990; 300(6721):368-9.
- 91) Larkai EN, Smith JL, Lidsky MD, Graham DY. Gastroduodenal mucosa and dyspeptic symptoms in arthritic patients during chronic nonsteroidal anti-inflammatory drug use. *Am J Gastroenterol* 1987; 82(11):1153-8.
- 92) Wolfe MM. Clinical issues in nonsteroidal anti-inflammatory drug-associated gastrointestinal toxicity. *Am J Med* 1998; 105(5 Suppl):1S-51S.
- 93) Simon LS, Hatoun HT, Bittman RM, Archambaut WT, Polisson RP. Risk factors for serious nonsteroidal-induced gastrointestinal complications: regression analysis of the MUCOSA trial. *Fam Med* 1996; 28(3):204-10.
- 94) Jones RH, Tait CL. Gastrointestinal side-effects of NSAIDs in the community. *Br J Clin Pract* 1995; 49(2):67-70.
- 95) Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. Smoking, alcohol, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in outpatients with functional dyspepsia and among dyspepsia subgroups. *Am J Gastroenterol* 1994; 89(4):524-8.
- 96) Talley NJ, McNeil D, Piper DW. Environmental factors and chronic unexplained dyspepsia: association with acetaminophen but not others analgesics, alcohol, coffee, tea, or smoking. *Dig Dis Sci* 1988; 33(6):641-8.
- 97) Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review; results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999; 34(231 Suppl):3-8.
- 98) Dominitz JA, Provenzale D. Prevalence of dyspepsia, heartburn, and peptic ulcer disease in veterans. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(8):2086-93.
- 99) Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. *J Pediatr* 1996; 129(2):220-6.
- 100) Kay L, Jorgensen T, Schultz-Larsen K, Davidsen M. Irritable bowel syndrome and upper dyspepsia among the elderly: a study of symptom clusters in a random 70 year old population. *Epidemiol Eur J* 1996; 12(2):199-204.
- 101) Haque M, Wyeth JW, Stace NH, Talley NJ, Green R. Prevalence, severity and associated features of gastro-esophageal reflux and dyspepsia: a population-based study. *N Z Med J* 2000; 113(1110):178-81.

- 102) Caballero Plasencia AM, Sofos Kontoyannis S, Martin Ruiz JL, Valenzuela Barranco M. Prevalence de la dispepsia en Españã. *Med Clin Barc* 1994; 103(18):717.
- 103) Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999; 34(231 Suppl):20-8.
- 104) Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in the general population in Mumbai. *Indian J Gastroenterol* 2001; 20(3):103-6.
- 105) Sobral DT, Vidigal KS, Farias e Silva K. Sintomas digestivos em jovens: inquérito em estudantes de medicina. *Arq Gastroenterol* 1991; 28(1):27-32.
- 106) Johnsen R, Bernersen B, Straume B, Forde OH, Bostad L, Burhol PG. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *BMJ* 1991; 302(6779):749-52.
- 107) Muris JWM, Starmans R, Pop P, Crebolder HFJM, Knottnerus A. Discriminant value of symptoms in patients with dyspepsia. *J Fam Pract* 1994; 38(2):139-43.
- 108) Adang RP, Ambergen AW, Talmon JL, Hasman A, Vismans JF, Stockbrugger RW. The discriminative value of patient characteristics and dyspeptic symptoms for upper gastrointestinal endoscopic findings: a study on the clinical presentation of 1147 patients. *Digestion* 1996; 57(2):118-34.
- 109) Crean GP, Holden RJ, Knill-Jones RP, Beattie AD, James WB, Marjoribanks FM, et al. A database on dyspepsia. *Gut* 1994; 35(2):191-202.
- 110) Johannessen T, Petersen H, Kleveland PM, Dybdahl JH, Sandvik AK, Brenna E, et al. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25(7):689-97.
- 111) Mansi C, Savarino V, Mela GS, Picciotto A, Mele MR, Celle G. Are clinical patterns of dyspepsia a valid guideline for appropriate use of endoscopy?: a report on 2253 dyspeptic patients. *Am J Gastroenterol* 1993; 88(7):1011-5.
- 112) Petersen H, Johannessen T, Kleveland PM, Fjosne U, Dybdahl JH, Waldum HL. Do we need to listen to the patient?: the predictive value of symptoms. *Scand J Gastroenterol* 1988; 155 Suppl:30-6.
- 113) Lindberg G, Seensalu R, Nilsson LH, Forsell P, Kager L, Knill-Jones RP. Transferability of a computer system for medical history taking and decision support in dyspepsia: a comparison of indicants for peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1987; 128 Suppl:190-6.

- 114) Davenport PM, Morgan AG, Darnborough A, De Dombal FT. Can preliminary screening of dyspeptic patients allow more effective use of investigational techniques? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 290(6463):217-20.
- 115) Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Rasanen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: four hundred unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30(6): 519-23.
- 116) Gear MW, Ormiston MC, Barnes RJ, Rocyn-Jones J, Voss GC. Endoscopic studies of dyspepsia in the community: an "open-access" service. *Br Med J* 1980; 280(6223):1135.
- 117) Fedail SS, Araba BM, Homeida MM, Ghandour ZM. Upper gastrointestinal fiberoptic endoscopy experience in the Sudan: analysis of 2500 endoscopies. *Lancet* 1983; 2(8355):897-9.
- 118) Nyrén O, Adami HO, Gustavsson S, Löf L. Excess sick-listing in nonulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8(3 Pt 2):339-45.
- 119) Fjösne U, Kleveland PM, Waldum H, Halvorsen T, Petersen H. The clinical benefit of routine upper gastrointestinal endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1986; 21(4):433-40.
- 120) Saunders JH, Oliver RJ, Higson DL. Dyspepsia: incidence of a non-ulcer disease in a controlled trial of ranitidine in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292(6521):665-8.
- 121) Williams B, Luckas M, Ellingham JHM, Dain A, Wicks AC. Do young patients with dyspepsia need investigation? *Lancet* 1988; 2(8624):1349-51.
- 122) Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Ellis DJ, Fielding JWL. Early detection of gastric cancer. *BMJ* 1990; 301(6751):513-5.
- 123) Bytzer P, Schaffalitzky de Muckadell OB. Prediction of major pathologic conditions in dyspeptic patients referred for endoscopy: a prospective validation study of a scoring system. *Scand J Gastroenterol* 1992; 27(11):987-92.
- 124) Bianchi Porro G, Petrillo M. The natural history of peptic ulcers disease: the influence of H₂-antagonist treatment. *Scand J Gastroenterol* 1986; 121 Suppl:46-52.
- 125) Ayoola EA, Al-Rashed RS, Al-Mofleh IA, Al-Faleh FZ, Laajam M. Diagnostic yield of upper gastrointestinal endoscopy in relation to age and gender: a study of 10.112 Saudi patients. *Hepato-gastroenterology* 1996; 43(8):409-15.
- 126) Stanghellini V, Tosetti C, Paternico A, Barbara G, Morselli-Labate AM, Monetti N, et al. Risk indicators of delayed gastric emptying of solids in patients with functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1996; 110(4):1036-42.

- 127) Toporovski MS, Neufeld CB, Chiara AMM, Françoso LA, Beznos GW, Coates V. Doença péptica: estudo comparativo entre crianças e adolescentes. *J Pediatr* 1998; 74(3):233-8.
- 128) Meirelles GSP, Ornellas LC, Mattos NLB, Ornellas AT, Souza AFM. Emprego da endoscopia digestiva alta em pacientes dispépticos. *Arq Gastroenterol* 1998; 35(3):181-5.
- 129) Sampaio, MCG. *Dispepsia não ulcerosa*: estudo da correlação clínica, endoscópica e histológica e pesquisa da bactéria tipo *Campylobacter* [dissertation]. Salvador: Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia; 1990.
- 130) Demling E, Elster K, Koch H, Rösch W. *Endoscopy and biopsy of esophagus, stomach and duodenum*: a color atlas. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1982.
- 131) Silverstein FE, Tytgat GNJ. *Atlas of gastrointestinal endoscopy*. Philadelphia: W.B. Saunders; 1987.
- 132) Oliveira CA, Lima Jr GF, Andrade Filho JS. Contribuição da endoscopia ao estudo da doença do refluxo gastroesofágico. In: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, editor. *Endoscopia digestiva*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p.17-41.
- 133) Wolf BS. Sliding hiatal hernia: the need for redefinition. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1973; 117(2):231-47.
- 134) Tolentino MM, Faifer JG, Trentini EA. Doença por refluxo gastroesofágico. In: Dani R, editor. *Gastroenterologia essencial*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.77-89.
- 135) Kobayashi S, Kasugai T. Endoscopic and biopsy criteria for the diagnosis of esophagitis with a fiberoptic esophagoscope. *Am J Dig Dis* 1974; 19(4):345-52.
- 136) Sladen GE, Riddell RH, Willoughby JMT. Oesophagoscopy, biopsy, and acid perfusion test in diagnosis of "reflux oesophagitis". *Br Med J* 1975; 1(5949):71-6.
- 137) Savary M, Miller G. The esophagus. In: *Handbook and atlas of endoscopy*. Solothurn: Gassman; 1978. p.135-42.
- 138) Misiewicz JJ, Tytgat GNJ, Goodwin CS, Price AB, Sipponen P, Strickland RG, et al. The Sydney Sistem: a new classification of gastritis. *Working Party Reports* 1990:1-10.
- 139) Rocha GA, Queiroz DMM, Mendes ENM, Barbosa AJA, Lima Jr GF, Oliveira CA. *Helicobacter pylori* acute gastritis: histological, endoscopical, clinical, and therapeutic features. *Am J Gastroenterol* 1991; 86(11):1592-5.

- 140) Cordeiro F, França STM, Juca NT. Gastrite. In: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, editor. *Endoscopia digestiva*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.391-401.
- 141) Carpenter HA, Talley NJ. Gastroscopy is incomplete without biopsy: clinical relevance of distinguishing gastropathy from gastritis. *Gastroenterology* 1995; 108(3):917-24.
- 142) Oliveira CA, Lima Jr GF, Salgado JA. Duodenites e outras afecções do duodeno. In: Dani R, Castro LP, editors. *Gastroenterologia clínica*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1988. p.512-20.
- 143) Beck II. Duodenite. In: Berk JE, Coord. *Bockus gastroenterologia*. 4th ed. São Paulo: Ed. Santos; 1991. p.885-905.
- 144) Módena JLP, Ejima FH. Tumores do estômago. In: *Sobed endoscopia digestiva*. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p.139-53.
- 145) Tasaca S. The survey of early gastric carcinoma. *Gastroenterol Endosc* 1962; 4:4-9 apud [144] Módena JLP, Ejima FH. Tumores do estômago. In: *Sobed endoscopia digestiva*. Rio de Janeiro: Medsi; 1994. p.139-53.
- 146) Borrmann R, Henke F, Lubarsch O. *Handuch der speziellen pathologischen anatomie und histologie*. Berlin: Julius Springer; 1929. vol.IV, p.864 apud [130] Demling L, Elster K, Koch H, Rösch W. *Endoscopy and biopsy of esophagus, stomach and duodenum: a color atlas*. 2nd edition. Philadelphia: W. B. Saunders Co.; 1982. p.152.
- 147) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Característica da população e dos domicílios. In: *Censo demográfico 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
- 148) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. In: *Síntese de indicadores sociais 2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
- 149) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Tendências demográficas: uma análise do censo demográfico e da contagem da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 1996.
- 150) Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Smoking, alcohol, and analgesics in dyspepsia and dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. *Gut* 1994; 35:619-24.
- 151) Schnell T, Sontag S, Wanner J, Chintam R, Chejfec G, O' Connel S, et al. Endoscopic screening for Barrett's esophagus, esophageal adenocarcinoma and other mucosal changes in ambulatory subjects with symptomatic gastroesophageal reflux [abstract]. *Gastroenterology* 1985; 88(5):1576.

- 152) Behar J, Biancani P, Sheahan DG. Evaluation of esophageal tests in the diagnosis of reflux esophagitis. *Gastroenterology* 1976; 71:9-15.
- 153) Cheli R, Simon L, Aste H, Figus IA, Nicolo G, Bajtai A, et al. Atrophic gastritis and intestinal metaplasia in asymptomatic hungarian and italian populations. *Endoscopy* 1980; 12:105-108.
- 154) Siurala M, Sipponen P, Kekki M. Chronic gastritis: dynamic and clinical aspects. *Scand J Gastroenterol* 1985; 109 Suppl:69-76.
- 155) Ihamaki T, Saukkonen M, Siurala M. Long term observation of subjects with normal mucosa and with superficial gastritis: results of 23-27 years follow-up examinations. *Scand J Gastroenterol* 1978; 13:771-5.
- 156) Kruening J, Bosnan FT, Kuiper G, Wal AM, Lindeman J. Gastric and duodenal mucosa in health individuals: an endoscopic and histopatological study of 50 volunteers. *J Clin Pathol* 1978; 31:69-77.
- 157) Cheli R, Perasso A, Giacosa A. Dyspepsia and cronic gastritis. *Hepato-gastroenterology* 1983; 30:21-3.
- 158) Bernersen B, Johnsen R, Straume B, Burhol PG. Erosive pre-pyloric changes in dyspeptic and non-dyspeptics in a defined population: The Sorreisa Gastrointestinal Disorder study. *Scand J Gastroenterol* 1992; 27(3):233-7.
- 159) Borch K, Jonsson K, Petersson F, Redéen S, Mardh S, Franzén LE. Prevalence of gastroduodenitis and *Helicobacter pylori* infection in a general population sample: relation to symptomatology and life-style. *Dig Dis Sci* 2000; 45(7):1322-9.
- 160) Greenlaw R, Sheahan DG, De Luca V, Miller D, Myerson P. Gastroduodenitis: a broader concept of peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci* 1980; 25:660-72.
- 161) Joffe SN. Relevance of duodenitis to non-ulcer dyspepsia and peptic ulceration. *Scand J Gastroenterol* 1982; 79 Suppl:88-97.
- 162) Venables CW. Duodenitis. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20(109 Suppl):91-7.
- 163) Fass R, Fennerty MB, Vakil N. Nonerosive reflux disease: current concepts and dilemmas. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:303-14.
- 164) Magalhães AFN, Montes CG. Doença do refluxo gastroesofágico. In: Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, editor. *Endoscopia digestiva*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.333-42.
- 165) Ortega JA, Perez L. Endoscopic, radiologic and manometric correlation in small sliding hiatal hernia. *Am J Gastroenterol* 1975; 64(4):292-300.

- 166) Bytzer P, Havelund T, Hansen JM. Interobserver variation in the endoscopic diagnosis of reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol* 1993; 28:119-25.
- 167) Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, Dent J, Dombal FT, Galmiche JP, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology* 1996; 111:85-92.
- 168) Wai CT, Yeon KG, Ho Yu K, Kang JY, Lim SG. Diagnostic yield of upper endoscopy in Asian patients presenting with dyspepsia. *Gastrointest Endosc* 2002; 56(4):548-51.
- 169) Dent J, Brun J, Fendrick A, Fennerty M, Janssens J, Kahrilas P, et al. Consenso de Genval. *Gut* 1999; 44(2 Suppl):S1-15.
- 170) Devault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(6):1435-42.
- 171) Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 80:827-41.
- 172) Latorre MRDO. A mortalidade por câncer de estômago no Brasil: análise do período de 1977 a 1989. *Caderno de Saúde Pública* 1997; 13(1 Suppl):67-78.
- 173) Rodrigues MAG, Nogueira AMMF. Tumores do estômago. In: Castro LP, Coelho LGV, editors. *Gastroenterologia*. Rio de Janeiro: Medsi; 2004. p.891-927.
- 174) American Gastroenterological Association. Medical position statement: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterol* 1998; 114:579-81.
- 175) Veldhuyzen Van Zanten SJ, Flook N, Chiba N; Canadian Dyspepsia Working Group. An evidence-based approach to the management of dyspepsia in the era of *Helicobacter pylori*. *CMAJ* 2000; 162 Suppl:S3-S23.
- 176) Barnes J. National guidelines on dyspepsia. *Practitioner* 1997; 241:39-41.
- 177) Health and Public Policy Committee, American College of Physicians; Philadelphia, Pennsylvania. Endoscopy in evaluation of dyspepsia. *Ann Intern Med* 1985; 102(2):266-9.
- 178) Talley NJ, Lam SK, Goh KL, Fock KM. Management guidelines for uninvestigated and functional dyspepsia in the Asia-Pacific region: first Asian Pacific Working Party on Functional Dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 1998; 13(4):335-53.
- 179) Helicobacter and Cancer Collaborative Group. Gastric cancer and *Helicobacter pylori*: a combined analysis of 12 case control studies nested within prospective cohorts. *Gut* 2001; 49:347-53.

ANEXO A – Planilha para registro dos dados

ANEXO B – Tipos de profissão

1 APOSENTADOS E PENSIONISTAS

Aposentada
Aposentado
Pensionista

2 ATIVIDADES DOMÉSTICAS

Do lar

3 ATIVIDADES EM COMÉRCIO E INDÚSTRIA

Administrador
Administrador de cobrança
Administrador de empresas
Agente administrativo
Ajudante de produção
Assistente técnico em planejamento
Auxiliar de indústria
Auxiliar de produção
Balconista
Caixa
Cobrador
Comerciante
Comerciária
Consultor imobiliário
Coordenador de cooperativa
Encarregado de expedição
Encarregado de seção
Gerente
Gerente comercial
Gerente de armazém
Gerente de vendas
Gerente financeiro
Leiturista
Operador de sistema de abastecimento
Operadora de marketing
Operadora de telemarketing
Representante
Representante comercial
Supervisor de vendas
Vendedor
Vendedora

4 ESTUDANTES

Estudante

5 TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL

Ajudante de marceneiro
Ajudante de pedreiro
Armador
Auxiliar de eletricitista
Carpinteiro
Eletricista
Encarregado de concretagem
Fundidor
Guincheiro
Marceneiro
Mestre-de-obras
Pedreiro
Pintor
Pintor de parede
Serralheiro
Servente
Soldador

6 ATIVIDADES EM ESCOLAS

Bibliotecária
Professor
Professora

7 ATIVIDADES RURAIS

Fazendeira
Fazendeiro
Lavrador
Lavradora

8 TRABALHOS AUXILIARES NÃO QUALIFICADOS

Ajudante de entrega
Atendente de serviços
Autônoma
Autônomo
Carregador
Caseiro
Diarista
Doméstica
Entregador
Faxineira
Faxineiro
Gari
Jardineiro
Lavadeira
Piscineiro
Porteiro
Segurança
Serviços gerais
Vigia
Vigilante
Zeladora

9 SERVIÇOS DE ESCRITÓRIOS E BANCOS

Analista financeiro
Arquivista
Auxiliar administrativo
Auxiliar de contabilidade
Auxiliar de escritório
Bancária
Bancário
Contabilista
Contador
Contadora
Diretora de pessoal
Funcionária pública
Funcionário público
Jornalista
Publicitária
Publicitário
Receptionista
Secretária
Técnico em contabilidade
Telefonista

10 ATIVIDADES TÉCNICAS QUALIFICADAS

Analista de suporte
Atendente em enfermagem
Desenhista
Enfermeira
Enfermeiro
Impressor eletrônico
Ortopedista técnico
Programador
Projetista
Técnico
Técnico em ar condicionado
Técnico em eletrônica
Técnico em manutenção
Técnico em manutenção elétrica
Técnico em refrigeração

Técnico em terraplenagem

Tipógrafo

11 **PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO SUPERIOR**

Advogada

Advogado

Analista de sistemas

Dentista

Engenheira

Engenheiro

Farmacêutico

Juiz

Juíza

Médico

Médico veterinário

Professora universitária

Psicanalista

Psicóloga

Psicólogo

12 **INDÚSTRIA E COMÉRCIO DE ALIMENTOS**

Açougueiro

Auxiliar de padeiro

Cozinheiro

Padeiro

13 **ATIVIDADES MANUAIS E ARTÍSTICAS**

Artesã

Artista plástico

Cabeleireira

Cabeleireiro

Costureira

Decorador

Decoradora

Doceira

Manicure

Pintor

Pintora

Tricoteira

14 **ATIVIDADES COM MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS**

Maquinista

Mecânico

Metalúrgico

Motorista

Operador

Operador de máquinas

15 **EMPRESÁRIOS E INDUSTRIAIS**

Empresário

Industrial

16 **OUTRAS**

Aeronauta

Desempregado

Ignorada

Viajante

ANEXO C -

Diagnóstico endoscópico principal X motivo X idade (dispépticos e sintomas de refluxo)

	30		35		40		45		50	
	<=30	>30	<=35	>35	<=40	>40	<=45	>45	<=50	>50
Normal	(402) 14,8%	(407) 5,9%	(504) 13,1%	(305) 5,3%	(584) 11,8%	(225) 4,8%	(648) 11,1%	(161) 4,3%	(695) 10,5%	(114) 3,8%
Alterações esôfago não erosivas	(97) 3,6%	(439) 6,4%	(154) 4,0%	(382) 6,8%	(222) 2,4%	(314) 6,8%	(285) 4,9%	(251) 3,9%	(332) 5,0%	(204) 3,4%
Esofagite erosiva	(242) 8,9%	(1043) 15,2%	(405) 10,5%	(880) 15,4%	(556) 11,0%	(729) 16,1%	(688) 11,8%	(597) 15,9%	(822) 12,4%	(463) 15,6%
Neoplasia esofagiana	0 0,0%	(8) 0,1%	0 0,0%	(8) 0,2%	0 0,0%	(8) 0,2%	0 0,0%	(8) 0,2%	(1) 0,01%	(7) 0,2%
Gastrite crônica não-atrófica	(1362) 50,3%	(2403) 35,0%	(1845) 47,9%	(1920) 33,5%	(2271) 46,0%	(1494) 32,1%	(2592) 44,6%	(1173) 31,2%	(2870) 43,4%	(895) 30,2%
Gastrite atrófica tipo A	0,0%	(54) 0,8%	(3) 0,08%	(51) 0,9%	(5) 0,1%	(49) 1,0%	(10) 0,2%	(44) 1,2%	(13) 0,2%	(41) 1,4%
Gastrite atrófica tipos B e AB	(1) 0,03%	(271) 4,0%	(5) 0,13%	(267) 4,7%	(10) 0,2%	(262) 5,6%	(24) 0,4%	(248) 6,6%	(41) 0,6%	(231) 7,8%
Úlcera gástrica	(44) 1,6%	(401) 5,9%	(76) 2,0%	(369) 6,4%	(114) 2,3%	(331) 7,1%	(168) 2,9%	(277) 7,4%	(195) 2,9%	(250) 8,4%
Úlcera duodenal	(348) 12,8%	(983) 14,3%	(541) 14,0%	(790) 13,8%	(740) 15,0%	(591) 12,7%	(889) 15,3%	(442) 11,7%	(1023) 15,5%	(308) 10,4%
Úlcera gastroduodenal	(31) 1,1%	(245) 3,6%	(55) 1,4%	(221) 3,6%	(82) 1,7%	(194) 4,2%	(109) 1,9%	(167) 4,4%	(142) 2,1%	(134) 4,5%
Neoplasia gástrica	(1) 0,03%	(77) 1,1%	(3) 0,07%	(75) 1,3%	(8) 0,2%	(70) 1,5%	(15) 0,3%	(63) 1,7%	(22) 0,3%	(56) 1,9%
Duodenite	(58) 2,1%	(97) 1,4%	(80) 2,0%	(75) 1,3%	(92) 1,9%	(63) 1,4%	(108) 1,9%	(47) 1,2%	(116) 1,9%	(39) 1,3%
Outros	(124) 4,7%	(439) 6,3%	(179) 4,8%	(384) 6,8%	(353) 7,1%	(210) 6,9%	(276) 4,7%	(287) 10,3%	(341) 5,2%	(222) 11,1%
TOTAL	(2.710) 100,0%	(6.867) 100,0%	(3.850) 100,0%	(5.727) 100,0%	(5.037) 99,7%	(4.540) 100,4%	(5.812) 100,0%	(3.765) 100,0%	(6.613) 100,0%	(2.964) 100,0%

(9.577)

(103)

(9.577)

(103)

(9.577)

(103)

(9.577)

(103)

(9.577)

(103)

PLANILHA COM CÁLCULO AUTOMÁTICO DE TOTAIS

ANEXO C

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO PRINCIPAL x MOTIVO x IDADE (DISPÉPTICOS E PORTADORES DE REFLUXO)

	30		35		40		45		50	
	<=30	>30	<=35	>35	<=40	>40	<=45	>45	<=50	>50
Normal	(402) 14,8%	(407) 5,9%	(504) 13,1%	(305) 5,3%	(584) 11,6%	(225) 5,0%	(648) 11,1%	(161) 4,3%	(695) 10,5%	(114) 3,8%
Alt. esôfago não erosivas	(97) 3,6%	(439) 6,4%	(154) 4,0%	(382) 6,7%	(222) 4,4%	(314) 6,9%	(285) 4,9%	(251) 6,7%	(332) 5,0%	(204) 6,9%
Esofagite erosiva	(242) 8,9%	(1043) 15,2%	(405) 10,5%	(880) 15,4%	(556) 11,0%	(729) 16,1%	(688) 11,8%	(597) 15,9%	(822) 12,4%	(463) 15,6%
Neoplasia esofagiana	0,0%	(8) 0,1%	0,0%	(8) 0,1%	0,0%	(8) 0,2%	0,0%	(8) 0,2%	(1) 0,0%	(7) 0,2%
Gastrite crônica não atrófica	(1362) 50,3%	(2403) 35,0%	(1845) 47,9%	(1920) 33,5%	(2271) 45,1%	(1494) 32,9%	(2592) 44,6%	(1173) 31,2%	(2870) 43,4%	(895) 30,2%
Gastrite atrófica tipo A	0,0%	(54) 0,8%	(3) 0,1%	(51) 0,9%	(5) 0,1%	(49) 1,1%	(10) 0,2%	(44) 1,2%	(13) 0,2%	(41) 1,4%
Gastrite atrófica tipo B e AB	(1) 0,0%	(271) 3,9%	(5) 0,1%	(267) 4,7%	(10) 0,2%	(262) 5,8%	(24) 0,4%	(248) 6,6%	(41) 0,6%	(231) 7,8%
UG	(44) 1,6%	(401) 5,8%	(76) 2,0%	(369) 6,4%	(114) 2,3%	(331) 7,3%	(168) 2,9%	(277) 7,4%	(195) 2,9%	(250) 8,4%
UD	(348) 12,8%	(983) 14,3%	(541) 14,1%	(790) 13,8%	(740) 14,7%	(591) 13,0%	(889) 15,3%	(442) 11,7%	(1023) 15,5%	(308) 10,4%
UGD	(31) 1,1%	(245) 3,6%	(55) 1,4%	(221) 3,9%	(82) 1,6%	(194) 4,3%	(109) 1,9%	(167) 4,4%	(142) 2,1%	(134) 4,5%
Neoplasia gástrica	(1) 0,04%	(77) 1,1%	(3) 0,1%	(75) 1,3%	(8) 0,2%	(70) 1,5%	(15) 0,3%	(63) 1,7%	(22) 0,3%	(56) 1,9%
Duodenites	(58) 2,1%	(97) 1,4%	(80) 2,1%	(75) 1,3%	(92) 1,8%	(63) 1,4%	(108) 1,9%	(47) 1,2%	(116) 1,8%	(39) 1,3%
	(124) 4,6%	(439) 6,4%	(179) 4,6%	(384) 6,7%	(353) 7,0%	(210) 4,6%	(276) 4,7%	(287) 7,6%	(341) 5,2%	(222) 7,5%
TOTAL	(2.710) 100,0%	(6.867) 100,0%	(3.850) 100,0%	(5.727) 100,0%	(5.037) 100,0%	(4.540) 100,0%	(5.812) 100,0%	(3.765) 100,0%	(6.613) 100,0%	(2.964) 100,0%

DIFERENÇA

ANEXO C

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO PRINCIPAL x MOTIVO x IDADE (DISPÉPTICOS E PORTADORES DE REFLUXO)

	30		35		40		45		50	
	<=30	>30	<=35	>35	<=40	>40	<=45	>45	<=50	>50
Normal	(0,00)	(0,00)	0,00	(0,00)	0,00	(0,00)	(0,00)	0,00	(0,00)	(0,00)
Alt. esôfago não erosivas	- 0,00	- 0,00	- -	- 0,00	- (0,02)	- (0,00)	- (0,00)	- (0,03)	- (0,00)	- (0,03)
Esofagite erosiva	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- (0,00)
Neoplasia esofagiana	- -	- (0,00)	- -	- 0,00	- -	- 0,00	- -	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)
Gastrite crônica não atrófica	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- (0,00)	- 0,01	- (0,01)	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- 0,00
Gastrite atrófica tipo A	- -	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- 0,00
Gastrite atrófica tipo B e AB	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00
UG	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- (0,00)
UD	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- 0,00
UGD	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)
Neoplasia gástrica	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- 0,00
Duodenites	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- (0,00)
Outros	- 0,00	- (0,00)	- 0,00	- 0,00	- 0,00	- 0,02	- (0,00)	- 0,03	- 0,00	- 0,04
TOTAL	- (0,00)	- -	- (0,00)	- -	- (0,00)	- 0,00	- -	- -	- 0,00	- -