

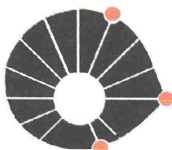


MORGANA TEREZINHA ALVES DE QUEIROZ

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA REDE PÚBLICA DE
SAÚDE. DIAGNÓSTICOS DE LESÕES DO TUBO
DIGESTIVO ALTO EM UMA POPULAÇÃO DE
ATENDIMENTO PRIMÁRIO NA REGIÃO SUDOESTE DO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO – BRASIL

*ENDOSCOPY IN THE PUBLIC HEALTH. DIAGNOSIS OF
LESIONS IN THE UPPER DIGESTIVE TRACT IN A
POPULATION OF PRIMARY CARE IN THE
SOUTHWESTERN REGION OF CAMPINAS, SÃO
PAULO, BRAZIL*

Campinas
2012



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

MORGANA TEREZINHA ALVES DE QUEIROZ

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA NA REDE PÚBLICA
DE SAÚDE. DIAGNÓSTICOS DE LESÕES DO TUBO
DIGESTIVO ALTO EM UMA POPULAÇÃO DE
ATENDIMENTO PRIMÁRIO NA REGIÃO SUDOESTE
DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SÃO PAULO – BRASIL**

Orientador: Prof. Dr. José Murilo Robilotta Zeitune

***ENDOSCOPY IN THE PUBLIC HEALTH. DIAGNOSIS
OF LESIONS IN THE UPPER DIGESTIVE TRACT IN A
POPULATION OF PRIMARY CARE IN THE
SOUTHWESTERN REGION OF CAMPINAS, SÃO
PAULO, BRAZIL***

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Mestra em Clínica Médica, área de concentração Clínica Médica.

*Master Dissertation presented to Clinical Medicine Postgraduation
Programm of the School of Medical Sciences of the State University of Campinas
to obtain the title of Master in Clinical Medicine, Clinical Medicine area.*

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA PELA ALUNA MORGANA
TEREZINHA ALVES DE QUEIROZ E
ORIENTADA PELO PROF. DR. JOSÉ
MURILO ROBILOTTA ZEITUNE

Assinatura do Orientador

Campinas
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Q32e

Queiroz, Morgana Terezinha Alves de, 1966 -
Endoscopia digestiva alta na rede pública de saúde.
Diagnósticos de lesões do tubo digestivo alto em uma população de
atendimento primário na região sudoeste do município de Campinas, São
Paulo – Brasil / Morgana Terezinha Alves de Queiroz. -- Campinas, SP :
[s.n.], 2012.

Orientador : José Murilo Robillota Zeitune.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Endoscopia digestiva alta. 2. Epidemiologia. 3. Atenção básica
à saúde. I. Zeitune, José Murilo Robillota. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em inglês: Endoscopy in the public health. Diagnosis of lesions in the upper
digestive tract in a population of primary care in the southwestern region of Campinas, São
Paulo, Brazil.

Palavras-chave em inglês:

Upper digestive endoscopy

Epidemiology

Primary health care

Área de concentração: Clínica Médica

Titulação: Mestra em Clínica Médica

Banca examinadora:

José Murilo Robillota Zeitune [Orientador]

Fernando Marcuz Silva

Gastão Wagner de Sousa Campos

Data da defesa: 31/07/2012

Programa de Pós-Graduação: Clínica Médica

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Morgana Terezinha Alves de Queiroz

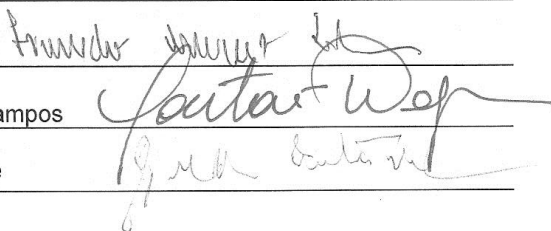
Orientador: Prof. Dr. José Murilo Robilotta Zeitune

Membros:

1. Prof. Dr. Fernando Marcuz Silva

2. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

3. Prof. Dr. José Murilo Robilotta Zeitune



Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/07/2012

DEDICATÓRIA

À minha Família:

Meus amados pais, *in memoriam*, Eleuses e Cloris, pelo constante estímulo e encorajamento na carreira médica.

Minha amada avó Cacilda, *in memoriam*, pelo exemplo de dedicação na arte de ensinar.

Meus amados irmãos Euza e Justiniano Netto, pelo companheirismo e amor incondicional.

Meus amados sobrinhos Gustavo, Rebeca e Justine, motivo constante de alegria.

Meus queridos tios Ary e Cleis, pelo apoio no início da vida acadêmica.

Meus queridos primos Agassiz e Marina, pelo carinho e amizade constantes.

E também aos:

Meus queridos pacientes, sem os quais este estudo não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Nosso Senhor e Salvador Jesus Cristo, pela inspiração e conforto nas horas de aflição...

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Murilo Robilotta Zeitune, meu grande mestre, amigo, conselheiro constante, que, desde o primeiro momento acreditou neste projeto e contribuiu de todas as formas para a sua realização...

À Diretoria Administrativa da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP, que tanto colaboraram suprimindo as necessidades para o desenvolvimento do serviço de endoscopia digestiva alta no Ambulatório de Especialidades Ouro Verde...

Ao Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde (CETS), pelo apoio e credibilidade no desenvolvimento deste estudo...

Às Coordenações do Ambulatório de Especialidades Ouro Verde e equipe médica, que não mediram esforços na implantação do serviço de endoscopia digestiva alta neste ambulatório e à Enfermagem e toda a equipe de funcionários tão importantes neste processo...

Aos meus colegas de trabalho do Serviço de Endoscopia Digestiva e Respiratória do Complexo Hospitalar Ouro Verde (SEDIR), pela troca de experiência e incentivo...

Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) e Ambulatório de Especialidades do Complexo Hospitalar Ouro Verde, pela colaboração e confiança no trabalho de levantamento de dados...

À Dra. Rilde Plutarco R. L. Veríssimo, médica patologista do Instituto de Patologia de Campinas (IPC), pela paciência e dedicação, que foram preciosas na revisão de lâminas dos casos suspeitos de neoplasias malignas esofágica e gástrica...

Ao Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, que abriu as portas para meu ingresso nesta Universidade...

Ao Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, que me permitiu a continuidade da vida acadêmica e a oportunidade deste mestrado...

À Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, pela credibilidade neste projeto...

Ao Departamento de Estatística da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, representados por Helymar da Costa Machado e Cleide Aparecida Moreira Silva, pelo apoio incondicional e pela competência imensurável nas análises estatísticas, proporcionando segurança nos resultados....

Ao Departamento de Audiovisual da FCM, UNICAMP, pela presteza nos trabalhos...

À Biblioteca Central (BC) da UNICAMP, onde sempre pude esclarecer minhas dúvidas e obter esclarecimentos para a redação desta tese...

Ao Centro de Diagnóstico de Doenças do Aparelho Digestivo – Gastrocentro, o berço de desenvolvimento do trabalho junto aos pacientes adultos, cuja equipe sempre esteve ao meu lado, em meu crescimento científico...

À Enfermeira Lúcia Helena Lourenço Tomiato, que colaborou na troca de ideias e experiências para a finalização do estudo...

À Ana Diva Giraldi Corrêa, pela amizade, simpatia e incentivo nos momentos mais difíceis e pelo trabalho constante...

À Alethea Torres Gabrielli, Silvia Celeste Sálvio, Edyr Borges da Silva e Elaine de Fátima A. Corradello, pelo compartilhamento de conhecimentos, tão importante para esta caminhada...

Ao Andreiuid Corrêa, responsável pela elaboração do arquivo de dados catalogados, pela possibilidade das análises responsáveis pelos resultados deste trabalho...

Aos meus “irmãos de fé cristã” casal Holbert e Lourdes Schmidt, família Bestagno Figueroa, o casal Darcio e Terezinha de Jesus Santos Corrêa e todos os amigos pertencentes à Igreja Adventista do Sétimo Dia, que sempre oraram em favor desta conquista...

Aos meus amigos pessoais, Ricardo Lima e Nilza de Fátima Silva, Adriana De Tommaso, Bruna Maria Roesler, Roque Magno, Elizabeth Maria Afonso Rabelo Gonçalves e Madalena de Lima Eugênio e tantos outros que cruzaram meu caminho, com uma palavra de carinho, estímulo e encorajamento...

EPÍGRAFE

***“A lei do Senhor é perfeita
e nos dá novas forças.
Os seus conselhos merecem confiança
e dão sabedoria às pessoas simples.
Os ensinamentos do Senhor são certos
e alegam o coração.
Os seus ensinamentos são claros e
iluminam a nossa mente.”
(Salmo 19:7-8)***

SUMÁRIO

	Pg.
RESUMO	19
ABSTRACT	22
1. INTRODUÇÃO	25
2. OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo geral	32
2.2 Objetivos específicos	32
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS	33
3.1 Critérios de inclusão do estudo	34
3.2 Critérios de exclusão do estudo	34
3.3 Aspectos éticos	38
3.4 Análises estatísticas	38
4. RESULTADOS	40
4.1 Análise descritiva geral	41
4.2 Prevalências das principais doenças diagnosticadas endoscopicamente no tubo digestivo alto	44
4.3 Correlações dos diagnósticos endoscópicos com faixa etária, gênero e origem de atendimento	47
4.4 Prevalência do <i>Helicobacter pylori</i> em um segmento da população estudada, de acordo com as doenças diagnosticadas	62
4.5 Prevalência da taxa de exames normais na população estudada	62
4.6 Subsídios para a implantação de um modelo de atendimento primário de EDA diagnóstica na rede pública de saúde	63

5. DISCUSSÃO		65
6. CONCLUSÕES		82
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		85
8. ANEXOS		92
ANEXO 1	Prevalência de doenças no segmento esofágico de acordo com a variável categórica faixa etária	93
ANEXO 2	Prevalência de doenças no segmento esofágico de acordo com a variável categórica gênero	93
ANEXO 3	Frequência de doenças no segmento esofágico de acordo com a variável categórica origem de atendimento	94
ANEXO 4	Resultados totais das análises da razão de risco para as esofagites de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento	95
ANEXO 5	Frequência total das esofagites, de acordo com a variável categórica origem de atendimento	96
ANEXO 6	Prevalência das esofagites erosiva e não erosiva de acordo com a variável categórica origem de atendimento	97
ANEXO 7	Prevalência das hérnias hiatais de acordo com a variável categórica origem de atendimento	98
ANEXO 8	Resultados totais das análises da razão de risco para as neoplasias malignas do esôfago, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento	99
ANEXO 9	Prevalência total das neoplasias malignas esofágicas, de acordo com a variável categórica origem de atendimento	100
ANEXO 10	Prevalência das neoplasias malignas esofágicas precoce e avançada de acordo com a variável categórica origem de atendimento	101
ANEXO 11	Prevalência dos casos sugestivos de megaesôfago de acordo com a variável categórica faixa etária	102
ANEXO 12	Frequência dos casos sugestivos de megaesôfago de acordo com a variável categórica gênero	102
ANEXO 13	Frequência dos casos sugestivos de megaesôfago de acordo com a variável categórica origem de atendimento	103

ANEXO 14	Prevalência de doenças no segmento gástrico de acordo com a variável categórica faixa etária	104
ANEXO 15	Prevalência de doenças no segmento gástrico de acordo com a variável categórica gênero	104
ANEXO 16	Frequência de doenças gástricas de acordo com a variável categórica origem de atendimento	105
ANEXO 17	Resultados das análises da razão de risco para as gastrites crônicas, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento	106
ANEXO 18	Frequência de gastrites crônicas de acordo com a variável categórica origem de atendimento	107
ANEXO 19	Prevalência de gastrites de aspecto micronodular de acordo com a variável categórica faixa etária	108
ANEXO 20	Frequência de gastrites de aspecto micronodular de acordo com a variável categórica gênero	108
ANEXO 21	Frequência de gastrites de aspecto micronodular de acordo com a variável categórica origem de atendimento	109
ANEXO 22	Resultados das análises da razão de risco para a úlcera gástrica, de acordo com as variáveis categóricas gênero faixa etária e origem de atendimento	110
ANEXO 23	Prevalência da úlcera gástrica de acordo com a variável categórica origem de atendimento	111
ANEXO 24	Resultados das análises da razão de risco para as neoplasias malignas gástricas, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento	112
ANEXO 25	Prevalência das neoplasias malignas gástricas de acordo com a variável categórica origem de atendimento	113
ANEXO 26	Frequência das neoplasias malignas gástricas precoce e avançada de acordo com a variável categórica origem de atendimento	114

ANEXO 27	Prevalência dos casos de pacientes gastrectomizados de acordo com a variável categórica faixa etária	115
ANEXO 28	Prevalência dos casos de pacientes gastrectomizados de acordo com a variável categórica gênero	115
ANEXO 29	Frequência dos casos de pacientes gastrectomizados de acordo com a variável categórica origem de atendimento	116
ANEXO 30	Prevalência de doenças no segmento duodenal de acordo com a variável categórica faixa etária	117
ANEXO 31	Prevalência de doenças no segmento duodenal de acordo com a variável categórica gênero	117
ANEXO 32	Prevalência de doenças no segmento duodenal de acordo com a variável categórica origem de atendimento	118
ANEXO 33	Resultados das análises da razão de risco para a úlcera duodenal de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento	119
ANEXO 34	Prevalência de úlcera duodenal de acordo com a variável categórica origem de atendimento	120
ANEXO 35	Resultados das análises da razão de risco para as duodenites, de acordo com as variáveis categóricas gênero faixa etária e origem de atendimento	121
ANEXO 36	Frequência dos pacientes com duodenites, de acordo com a variável categórica origem de atendimento	122
9. APÊNDICES		123
APÊNDICE 1	Ficha cadastral do paciente e de coleta de dados das doenças nos segmentos esofágico e duodenal	124
APÊNDICES 2A-B-C	Ficha pré-exame	125
APÊNDICE 3	Termo de consentimento informado	128
APÊNDICE 4	Questionário de avaliação de satisfação do paciente	129
APÊNDICE 5	Termo de consentimento de veiculação de imagens	130

LISTA DE ABREVIATURAS

AINEs	Antiinflamatórios não esteróides
AOV	Ambulatório Ouro Verde
CAIC	Centro de Apoio Integral à Criança
CETS	Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde
COV	Complexo de Saúde Ouro Verde
DIC I	Distrito Industrial de Campinas I
DIC III	Distrito Industrial de Campinas III
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
EDAs	Endoscopias Digestivas Altas
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PA	Pronto-atendimento
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
SAME	Setor de Arquivo Médico e Estatística
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE TABELAS

	Pg.
Tabela 1	Frequência de exames de EDA de acordo com a variável categórica gênero
	41
Tabela 2	Frequência de exames de EDA de acordo com a variável categórica faixa etária
	42
Tabela 3	Frequência de exames de EDA de acordo com a variável categórica origem de atendimento
	43
Tabela 4	Análise comparativa da frequência de exames entre faixa etária e gênero
	44
Tabela 5	Distribuição total dos pacientes com esofagites de acordo com a variável categórica faixa etária
	48
Tabela 6	Distribuição total dos pacientes com esofagites de acordo com a variável categórica gênero
	48
Tabela 7	Distribuição dos pacientes com esofagites erosiva e não erosiva de acordo com a variável categórica faixa etária
	49
Tabela 8	Distribuição dos pacientes com esofagites erosiva e não erosiva de acordo com a variável categórica gênero
	50
Tabela 9	Distribuição dos pacientes com hérnias hiatais de acordo com a variável categórica faixa etária
	50
Tabela 10	Distribuição dos pacientes com hérnias hiatais de acordo com a variável categórica gênero
	51
Tabela 11	Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas esofágicas de acordo com a variável categórica faixa etária
	52
Tabela 12	Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas esofágicas de acordo com a variável categórica gênero
	52
Tabela 13	Distribuição dos pacientes com gastrites crônicas de de acordo com a variável categórica faixa etária
	54
Tabela 14	Distribuição dos pacientes com gastrites crônicas de acordo com a variável categórica gênero
	54
Tabela 15	Distribuição dos pacientes com úlcera gástrica de acordo com a variável categórica faixa etária
	55

Tabela 16	Distribuição dos pacientes com úlcera gástrica de acordo com a variável categórica gênero	56
Tabela 17	Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas gástricas de acordo com a variável categórica faixa etária	57
Tabela 18	Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas gástricas de acordo com a variável categórica gênero	57
Tabela 19	Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas gástricas dos tipos precoce e avançada de acordo com a variável categórica faixa etária	58
Tabela 20	Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas gástricas dos tipos precoce e avançada de acordo com a variável categórica gênero	59
Tabela 21	Distribuição dos pacientes com úlcera duodenal de acordo com a variável categórica faixa etária	60
Tabela 22	Distribuição dos pacientes com úlcera duodenal de acordo com a variável categórica gênero	61
Tabela 23	Distribuição dos pacientes com duodenites de acordo com a variável categórica faixa etária	61
Tabela 24	Distribuição dos pacientes com duodenites de acordo com a variável categórica gênero	62

LISTA DE GRÁFICOS

	Pg.
Gráfico 1 Prevalência das doenças no segmento esofágico em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde	45
Gráfico 2 Prevalência das doenças no segmento gástrico em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde	46
Gráfico 3 Prevalência das doenças no segmento duodenal em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde	47
Gráfico 4 Prevalência de exames normais em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde	63

RESUMO

RESUMO

A endoscopia digestiva alta (EDA) é um dos exames mais indicados para a investigação das doenças do trato digestivo alto. Normalmente, é executada em hospitais de alta complexidade e em clínicas especializadas; porém a sua grande demanda tem feito com que estes exames sejam realizados com maior frequência em centros de média complexidade. Dessa forma, este estudo teve por objetivos analisar retrospectivamente os diagnósticos de EDA realizados numa população de atendimento primário da região sudoeste do município de Campinas, São Paulo, Brasil, no período de 2000 a 2007, definindo a taxa de exames normais e a prevalência das principais doenças no tubo digestivo alto e correlacionando esses diagnósticos com faixa etária, gênero e origem de atendimento; estabelecer a prevalência do *Helicobacter pylori* em um segmento da população estudada, de acordo com as doenças diagnosticadas; e, finalmente, oferecer subsídios para a implantação de um modelo de atendimento primário de EDA na rede pública. Este estudo foi desenvolvido a partir dos laudos de EDA arquivados no setor especializado do referente serviço e que foram analisados de modo descritivo e estatístico. A pesquisa para *H. pylori* foi realizada em 2.822 (56,44%) dos pacientes, através da histologia e/ou teste da urease. A qualidade do serviço foi determinada pela ausência de complicações e pela resposta a um questionário ilustrativo aplicado a uma parcela dos pacientes. As análises estatísticas foram realizadas pelo SAS (Statistical Analysis System), o nível de significância 5% ($p < 0,05$), utilizando-se testes Qui-quadrado e exato de Fisher, e regressão logística para os cálculos de razões de risco (*Odds ratio*). Na análise descritiva geral observou-se que a maioria dos exames foi realizada no gênero feminino; com idade de 40 a 49 anos, independente do gênero. As mulheres tiveram dois picos prevalentes nas faixas etárias 18-29 anos e 40-49 anos; entre os homens a prevalência foi a partir de 60 anos. A maior frequência das doenças no segmento esofágico, no total de EDAs, foi de 25,96%; entre estas, esofagites 21,32% (597 do tipo erosiva e 469 do tipo não erosiva), neoplasias esofágicas malignas 0,30% (três do tipo precoce e 12 do tipo avançada). No segmento gástrico, a prevalência

foi 79,74%, sendo gastrites crônicas 75,82%, úlcera gástrica 9,10% e neoplasias malignas gástricas 0,58% (dez do tipo precoce e 19 do tipo avançada). Já no segmento duodenal, o índice de anormalidades foi de 32,96%, sendo úlcera duodenal 19,34% e duodenites 17,74%. Entre os pacientes que realizaram a pesquisa para *H. pylori*, notou-se prevalência significativa naqueles com úlcera duodenal (49,07%). Exames endoscópicos normais foram verificados em 604 pacientes (12,08%) com valores estatisticamente representativos na faixa etária de 18 a 29 anos e no gênero feminino. Assim, após o estudo, chegou-se à conclusão de que é viável a implantação da EDA diagnóstica no atendimento primário de saúde, com equipe bem estruturada, favorecendo a ausência de índice de complicação decorrente do procedimento, o que também foi confirmado pela avaliação favorável expressa voluntariamente por alguns pacientes.

ABSTRACT

ABSTRACT

Upper digestive tract endoscopy (UDTE) is one of the most highly indicated exams for the investigation of upper digestive tract diseases. It is normally performed in high-complexity hospitals and specialized clinics; however, the high demand for UDTE examinations and the growing number of professionals specializing in endoscopic techniques have resulted in a higher availability of these procedures at medium-complexity healthcare facilities. So, the objectives of this study were to analyze the diagnoses obtained from UDTE examinations performed in a population of primary care patients from the Southwestern region of Campinas, São Paulo, Brazil, in the period from 2000 to 2007, defining the percentage of normal examinations and the prevalence of main diseases of the upper digestive tract and correlating these diagnoses with age, gender and source of referral; to establish the prevalence of *Helicobacter pylori* in one segment of the studied population based on the diagnosed diseases; and to offer supporting data for the implementation of a UDTE primary care model in the public healthcare system. The design of this retrospective study was based on the UDTE reports filed with the specialized department that offers the service. Descriptive and statistical analyses were performed on these reports. The quality of the service was assessed, based on the absence of complications and on the answers given to an illustrative questionnaire applied to a portion of the patients who underwent UDTE examinations. The statistical analyses were performed with the SAS (Statistical Analysis System) software, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). The tests applied were Chi-square and Fisher's exact test, as well as logistic regression for the calculation of odds ratios. During the general descriptive analysis, it was observed that the majority of examinations was conducted on female patients; and on patients ages 40-49, irrespective of gender. There were two peaks of age prevalence among women (18-29 and 40-49 y.o.); among men, the prevalent age group was 60 y.o. and older. Among the 5,000 analyzed UDTE examinations, the prevalence of esophageal segment disease was 25.96%, including erosive and non-erosive esophagitis (21.32%); and early and advanced esophageal cancer

(0.30%). Prevalence of disease in the gastric segment was 79.74%, including chronic gastritis (75.82%), gastric ulcers (9.10%) and gastric cancer (0.58%). In the duodenal segment, the rate of abnormalities was 32.96%, including duodenal ulcers (19.34%) and duodenitis (17.74%). Out of the 5,000 examinations, a total of 2,822 patients (56.44%) were selected for *H. pylori* testing using the histological and/or urease methods, to investigate the correlation of this bacterium with gastric and duodenal ulcers, as well as gastritis identified as micronodular after endoscopic examination. Normal endoscopic examinations were assessed from 604 patients (12.08%), which presented statistically representative values for the 18-29 years old age group and the female gender. In conclusion, with this study, the implementation of diagnostic UDTE using a well-structured medical team is a viable option in primary healthcare. Besides, according to the favorable assessments expressed voluntarily by some patients, the procedure does not produce complications.

1. INTRODUÇÃO

A endoscopia digestiva alta (EDA) consiste na introdução, através da cavidade oral chegando até a segunda porção do duodeno, de aparelhos que utilizam feixes luminosos, tendo por objetivo ver e obter informações sobre órgãos internos que, de outra maneira, seriam inacessíveis para um exame direto (1). Embora pareça ser uma metodologia moderna de apoio à semiologia, relatos sobre a utilização de aparelhos para avaliar “lugares desconhecidos do corpo” foram descritos desde os dias de Hipócrates, havendo informações da descoberta de retoscópios nas ruínas de Pompeia (79 a.C.) e espéculos vaginais na antiga Grécia, segundo Keele (2) e Sircus (3).

A evolução da tecnologia endoscópica se deu na Europa, mais precisamente na Alemanha, onde foram desenvolvidos os primeiros instrumentos com a finalidade de examinar o interior do estômago. Há relatos sobre a observação de homens engolidores de espadas, os quais habitualmente se apresentavam em parques de diversões no século 19 e inspiraram a ideia de que o estômago poderia ser alcançado e examinado por um instrumento rígido. Sendo assim, Kusmaul, em 1868, *apud* Brown (4) inventou um tubo metálico rígido e tentou pela primeira vez realizar o que chamou de “exame endoscópico”. Porém, em virtude da extensão do esôfago até o estômago e da sua iluminação precária, esse método não foi bem-sucedido, sendo logo abandonado o seu uso.

Somente no ano de 1879, Nitze e Leiter *apud* Gibbs (1), criadores do cistoscópio, tentaram novamente uma endoscopia gástrica. Esses dois autores, já fazendo uso de novos meios de iluminação para observação direta, buscaram aplicar semelhantes métodos para o gastroscópio. Embora sem bons resultados, suas ideias contribuíram muito para orientar novos avanços posteriormente, pois concluíram que tubos abertos não eram os ideais para visualizar grandes cavidades, tais como a bexiga e o estômago.

A constante evolução tecnológica em busca do progresso científico, avanços no campo da metalurgia artesanal, o emprego dos cristais e de novos

materiais na área óptica, bem como a descoberta da lâmpada elétrica, representaram um marco para o melhoramento destes aparelhos (5).

Conforme relatos de Brown (4), em 1881, Mikulicz instituiu o primeiro endoscópio rígido, já contando com a ajuda de recursos visuais proporcionados pelo sistema óptico com lentes e prismas. Outros sucessores, tais como Rosenheim, em 1895 e o médico russo Redwizoff, em 1897, sucederam Mikulicz, tentando desenvolver melhorias no gastroscópio da época sem observar grandes resultados. Contudo, foi possível obter-se um tubo externo flexível, o que contribuiu muito para a ideia de que seria mais simples alcançar a cavidade gástrica com um tubo flexível do que com um rígido. No mesmo ano surgiu um gastroscópio, flexível na sua porção inicial, criado por Kelling e Rosenheim.

Os estudos desenvolvidos por Schindler (6), a partir de 1922, foram essenciais para a gastroscopia, no acréscimo científico do conhecimento de doenças gástricas e na idealização de um aparelho endoscópico semiflexível, mais eficaz e vantajoso, comparado ao endoscópio rígido. Em 1932, com ajuda do físico Wolf, criou-se o primeiro gastroscópio semiflexível, denominado Wolf-Schindler, que contava com um conjunto de lentes para observação direta do trato digestivo alto. O benefício desse novo dispositivo representava maior facilidade de introdução do aparelho, pois os exames poderiam ser feitos com maior segurança, embora com a desvantagem de que nem todas as áreas do estômago poderiam ser avaliadas.

Uji et al. (7), em 1950, baseados em inventos anteriores na área de endofotografia, aperfeiçoaram um dispositivo denominado de gastrocâmara, o qual possibilitava um exame feito às cegas, sem que houvesse uma observação direta do órgão.

Avanço realmente de importância foi realizado em 1958, por Hirschowitz et al. (8), que lançaram um gastroscópio totalmente flexível, o que determinou um novo período na era da EDA. O seu aparelho já contava com os benefícios das fibras ópticas e, com maior flexibilidade, o que proporcionava maior conforto ao paciente e confiabilidade no diagnóstico. Em 1960, este fibrogastroscópio foi

aperfeiçoado, tornando-se mais flexível e possuía recursos para a retirada de fragmentos da mucosa gástrica para análise histopatológica (6).

Na década de 70, múltiplos avanços ocorreram na área endoscópica, o que ocasionou melhorias no funcionamento dos aparelhos, na nitidez e no registro das imagens. O lançamento do primeiro videoendoscópio por Sivak (9) em 1983 deu início aos modernos instrumentos utilizados, cumprindo o seu papel, tanto no setor diagnóstico quanto no terapêutico, oferecendo maior conforto ao endoscopista, bem como permitindo compartilhar com outras pessoas a observação do exame realizado, vindo a ser um valioso meio para instruir e treinar vários especialistas na área da gastroenterologia.

Atualmente, a EDA é um dos exames mais indicados para a investigação das doenças do esôfago, estômago e duodeno, muitas vezes sendo considerada como método propedêutico essencial para avaliação das lesões destes segmentos.

A sua indicação como procedimento diagnóstico envolve uma série de sintomas relacionados ao aparelho digestivo alto, assim como complementação no caso de estudo radiológico anormal do tubo digestivo alto, além de também ser usado na investigação de alguns distúrbios respiratórios, de deglutição, acompanhamento sequencial de determinadas doenças.

Para a EDA são consideradas contraindicações absolutas a recusa formal do paciente e a suspeita ou confirmação de víscera perfurada.

Pacientes idosos, hemodinamicamente instáveis, cardiopatas ou doenças respiratórias descompensadas, requerem cuidados especiais na execução da EDA, sendo fundamental o bom senso do endoscopista em avaliar o grau de complexidade e também os riscos e os benefícios na realização do exame.

O preparo para o exame é composto por várias etapas, tais como orientações sobre o jejum, investigação de moléstias de base ou sensibilidade medicamentosa, esclarecimento de possíveis dúvidas do paciente e sua conscientização sobre algumas situações específicas.

O método de sedação utilizado é via administração endovenosa de medicamentos ansiolíticos/hipnóticos e analgésicos, ou ambos, os quais devem manter a consciência do paciente, com relaxamento suficiente para que ele tenha certo grau de conforto durante o exame e, ao mesmo tempo, possa se comunicar com o meio externo, mantendo a via aérea livre e em condições para receber uma ventilação adequada.

A EDA diagnóstica é procedimento seguro e revela baixa morbidade e, se complicações ocorrem, em sua maioria, estão relacionadas aos efeitos secundários resultantes da sedação, sendo o mais frequente a depressão respiratória.

Outras possíveis complicações descritas, tais como, modificação do ritmo cardíaco, broncoaspiração, desconforto abdominal, ocorrem com maior frequência quando o paciente é submetido à endoscopia terapêutica. Portanto, a prevenção mais eficiente contra o risco de complicações continua sendo o cuidado do profissional na realização do exame, caso em que é essencial a monitorização do paciente.

Comumente, o exame de EDA é realizado em hospitais de alta complexidade e em clínicas especializadas, visando à segurança do paciente, o qual muitas vezes será submetido à sedação intravenosa. Todavia, nos últimos anos, esse procedimento vem sendo feito, com frequência cada vez maior, em serviços de média complexidade, em razão do aumento do número de profissionais com formação e experiência na aplicação da técnica endoscópica.

Publicações na literatura mundial, tais como Pierzchajlo et al. (10) e Galloway et al. (11) apontam a ampliação dessa tendência já que, muitas vezes, exames endoscópicos para avaliação do tubo digestivo alto têm sido realizados sem sedação intravenosa e o procedimento executado com eficácia e segurança (12). Entidades governamentais em países europeus e norte-americanos estão investindo uma parcela cada vez maior de seus recursos financeiros nesses projetos, proporcionando aprimoramento contínuo dos profissionais especializados e atuantes nesta área, e também padronizando seus próprios protocolos para tal

procedimento, pois existem limitadas informações na literatura médica como referência em EDA realizadas em serviços que não sejam de alta complexidade (13).

Desde 1975, a cidade de Campinas possui um sistema público de saúde constituído de uma rede básica de atenção primária de saúde, e tem como suporte serviços intermediários, como o setor de especialidades do Ambulatório Ouro Verde (AOV), pertencente ao Complexo Ouro Verde (COV) (14).

Um dos setores do COV é o da EDA, o qual é adequadamente estruturado e visa à execução do exame para fins diagnósticos em serviço de menor complexidade, e oferece seus serviços aos Centros de Saúde que compõem a rede básica da região sudoeste de Campinas. Eventualmente também atende aos demais usuários do SUS pertencentes ao próprio município e região.

Este trabalho propôs-se a verificar a importância da inter-relação entre as Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Especialidades, bem como, os benefícios proporcionados aos usuários de atenção primária de saúde, além de analisar a desenvoltura da EDA na rede pública de saúde, enfocando os exames realizados nesta população estudada, correlacionando-os com os diagnósticos de lesões do tubo digestivo alto, já que não existem relatos científicos destes estudos no Brasil.

Espera-se dessa forma contribuir para que novas pesquisas venham a ser desenvolvidas nesta área tão importante da gastroenterologia.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo tem por finalidade analisar os diagnósticos endoscópicos do tubo digestivo alto, numa população de atendimento primário, da região sudoeste do município de Campinas, São Paulo - Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência das principais doenças diagnosticadas endoscopicamente no tubo digestivo alto;
- Correlacionar os diagnósticos endoscópicos com faixa etária, gênero e origem de atendimento;
- Estabelecer a prevalência do *Helicobacter pylori* em um segmento da população estudada de acordo com as doenças diagnosticadas;
- Observar a taxa de exames endoscópicos normais nesta população;
- Oferecer subsídios para a implantação de um modelo de atendimento primário de EDA diagnóstica na rede pública (SUS).

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este estudo apresenta, retrospectivamente, a análise descritiva e estatística de laudos diagnósticos de EDA realizada no Serviço de Endoscopia Digestiva Alta do AOV, o qual atende às necessidades de atenção primária de saúde de uma população residente na região sudoeste do município de Campinas, São Paulo - Brasil. Os dados foram coletados no período de 2000 a 2007 por intermédio da revisão de prontuários médicos arquivados no Setor de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do atual Complexo Hospitalar Ouro Verde.

Os exames foram oferecidos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) que integravam o Distrito Sudoeste naquela ocasião, em que faziam parte o Jardim Aeroporto, Campos Elíseos, Jardim Capivari, Distrito Industrial de Campinas I (DIC I), Distrito Industrial de Campinas III (DIC III), Jardim Santa Lúcia, União dos Bairros, Centro de Apoio Integral à Criança (CAIC), São Cristovão, Jardim Vista Alegre e Jardim Itatinga. Alguns pacientes atendidos no pronto-atendimento (PA) Ouro Verde, com indicação de EDA diagnóstica, e aqueles que, embora tenham sido encaminhados por outros serviços de atenção básica de saúde para avaliação, a solicitação de EDA diagnóstica foi feita neste serviço. Outros usuários oriundos do serviço de atenção primária à saúde, não pertencentes ao Distrito Sudoeste, também tiveram acesso ao exame especializado.

3.1 Critérios de inclusão no estudo:

- Pacientes de ambos os sexos e com faixa etária a partir de 18 anos que tivessem cumprido os critérios de agendamento do serviço;
- Pacientes com prontuários devidamente preenchidos, conforme os dados solicitados na ficha cadastral (Apêndice 1).

3.2 Critérios de exclusão do estudo:

- Pacientes sem condições clínicas para a realização do exame na data do agendamento;

- Pacientes em que foi verificada a presença de estase gástrica durante o exame e que compromettesse a avaliação adequada de qualquer dos segmentos do tubo digestivo alto durante o procedimento;
- Pacientes com prontuários médicos com dados incompletos ou duvidosos.

Foi utilizada uma ficha de coleta dados, onde se computaram os achados endoscópicos dos exames avaliados como normais ou acometidos com as doenças diagnosticadas de acordo com o segmento do tubo digestivo alto (Apêndice 1). Consideraram-se para efeito de análise os seguintes segmentos : esofágico, gástrico e duodenal.

No segmento esofágico, foram avaliados os casos de esofagites, as quais foram classificadas como erosiva ou não erosiva; neoplasias esofágicas, definindo-as como neoplasia precoce ou avançada; hérnia hiatal, quando a transição esofagogástrica (TEG) encontrava-se a partir de 3 cm acima do hiato diafragmático; exame sugestivo de megaesôfago e outros diagnósticos (epitélio de Barrett, confirmado ou não à microscopia, varizes esofágicas, monilíase ou divertículo esofagiano e outros diagnósticos menos comumente descritos).

No segmento gástrico, verificaram-se os casos de gastrites crônicas, segundo a classificação de Sydney (15); gastrites de aspecto micronodular; úlceras; neoplasias gástricas, especificando-as em precoce ou avançada, incluindo entre estas os casos de linfoma. Gastrectomias e outros diagnósticos (gastropatia hipertensiva portal, lesões elevadas gástricas, lesões sugestivas de metaplasia intestinal à macroscopia e/ou confirmados no exame histopatológico; varizes gástricas ou outros diagnósticos menos comumente descritos).

No segmento duodenal, analisaram-se os casos de duodenites, úlcera e outros diagnósticos (deformidade bulbar, divertículo ou qualquer outro diagnóstico não descrito acima).

Em todos os casos suspeitos de neoplasias precoces esofágicas ou gástricas, as lâminas dos exames histopatológicos foram revisadas individualmente por médico

patologista experiente. Nos casos suspeitos de neoplasia maligna precoce de esôfago utilizou-se a coloração com o lugol a 2%.

Por se tratar de um estudo transversal, incluiu-se na pesquisa somente o primeiro exame de cada paciente, e os demais exames foram desconsiderados.

O cálculo da razão de risco de acordo com as variáveis categóricas faixa etária, gênero e origem de atendimento, foi efetuado em algumas doenças diagnosticadas no tubo digestivo alto, entre elas as esofagites, neoplasias malignas esofágicas, gastrites, úlcera gástrica, neoplasias malignas gástricas, úlcera duodenal e duodenites.

Em um grupo de pacientes foi verificada a presença do *H. pylori* e a sua correlação com a gastrite micronodular, as úlceras gástrica e duodenal. Os fragmentos retirados do antro e do corpo gástrico foram submetidos ao teste da urease e/ou ao exame histopatológico, utilizando-se da coloração pela hematoxilina-eosina (HE) e, nos casos duvidosos, da coloração de Giemsa, para a identificação da bactéria.

O serviço no qual foi realizado o presente estudo fazia parte do Complexo de Saúde Ouro Verde (COV), que contava também com um pronto-atendimento (PA), um centro de imagem e um laboratório de análises clínicas. Os exames de EDA foram agendados até o mês de novembro de 2003, via planilha manual e, desde então, por meio do Sistema SOL (Saúde On Line). Em junho de 2002, organizou-se um sistema de acolhimento ao paciente denominado de Pré-exame (Apêndices 2A,B,C) que consistia em uma consulta efetuada pela equipe de enfermagem antes da EDA e tinha como objetivos promover a conscientização do paciente e estabelecer critérios de prioridades no agendamento do procedimento. A partir de agosto de 2005, a Câmara Técnica de Especialidades do Departamento de Saúde da SMS da Prefeitura Municipal de Campinas (PMC) também elaborou um sumário denominado Manual de Endoscopia, que servia como orientação aos serviços de saúde de atendimento primário que necessitassem deste exame complementar especializado.

Todos os pacientes que se submeteram ao exame assinaram previamente um Termo de Consentimento Informado (Apêndice 3), declarando por escrito estarem

cientes quanto às práticas diagnósticas e terapêuticas a serem aplicadas no seu exame.

O instrumental de trabalho era composto por dois fibroendoscópios (Pentax, Japan e Olympus Optical Co, Ltd, Japan), um oxímetro de pulso (EMAI, MX 300, Brasil) e material auxiliar (pinças para retirada de fragmentos da mucosa do trato digestivo e cateteres de esclerose, para eventual complicação).

A estrutura física local era formada por três salas: uma para a realização do exame, outra para a recuperação do paciente, após o procedimento e outra para a desinfecção e assepsia do material utilizado. Na sala de exame, de fácil acesso e com revisão diária pela equipe especializada, havia um carrinho com medicamentos e material de ressuscitação cardiorrespiratória. Integravam o corpo clínico, naquela ocasião, três médicos com formação específica na área e uma equipe de enfermagem, a qual era composta por duas enfermeiras e sete auxiliares, equipe esta que servia também às outras especializadas desenvolvidas no AOV.

Após a admissão do usuário no AOV, este era encaminhado até a sala de exames e, antes de dar continuidade ao atendimento, o médico especialista checava com o paciente as informações relativas às indicações da EDA, sua sintomatologia e sensibilidade a medicamentos ou doenças sistêmicas concomitantes. Na quase totalidade dos casos era realizada a punção de acesso venoso em membro superior direito para a veiculação de medicamentos analgésicos e/ou ansiolíticos e, se fosse indicado, era utilizado um cateter de oxigênio via nasal. Em seguida à instalação do oxímetro e da anestesia tópica da hipofaringe com lidocaína spray a 10%, iniciava-se o exame com o posicionamento do paciente em decúbito lateral esquerdo e discreta flexão cervical, seguindo-se da introdução do aparelho endoscópico pela cavidade oral até os segmentos do tubo digestivo alto a serem avaliados. Cumpridas essas etapas, o paciente era levado até a sala de recuperação, onde permanecia juntamente de seu acompanhante e sob a supervisão da equipe, até estar em condições de ser liberado com segurança ao seu domicílio.

Era rotina desse setor registrar todos os dados referentes à identificação dos usuários, arquivar uma cópia do laudo do exame de EDA e também ter o controle dos resultados de exames de microscopia, caso tivesse sido necessária a retirada de fragmentos do tecido do trato gastrointestinal para análise histopatológica. Uma via do resultado do exame era emitida pelo médico endoscopista e entregue ao usuário, com as devidas orientações pós-exame, que retornava à sua origem de atendimento. Neste momento também era sugerido ao paciente que ele demonstrasse o seu grau de satisfação pessoal com o Serviço, respondendo a um pequeno questionário ilustrativo, de fácil compreensão e rápido preenchimento, com sugestões de melhorias (Apêndice 4).

3.3 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) sob o parecer de número 841/2007. Alguns pacientes também assinaram um termo de autorização, com duas testemunhas, visando à veiculação de imagens resultantes do exame endoscópico, para fins demonstrativos e didáticos (Apêndice 5).

3.4 Análises estatísticas

Todos os dados foram armazenados e processados em um programa computadorizado (Microsoft Access). Para a descrição da amostra, segundo as variáveis do estudo, foram feitas frequências das variáveis categóricas (sexo, idade, UBS de origem, diagnósticos encontrados), com os valores de frequência absoluta(n) e percentual(%), e estatísticas descritivas (desvio padrão, com os valores mínimo, máximo e mediano) das variáveis contínuas. Para analisar a associação ou relação entre as variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparar as variáveis numéricas entre as variáveis categóricas, empregaram-se os testes t de Student ou teste de Mann-Whitney, caso fosse verificada a ausência de distribuição normal das variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5% ($p < 0,05$) e o programa computacional para a análise estatística foi o “The SAS System for Windows (Statistical

Analysis System), versão 8,02.SAS Institute Inc. 1999-2001, Cary, NC,USA”. Para o cálculo de razão de risco (*Odds Ratio*) utilizou-se a análise de regressão logística (16).

RESULTADOS

4. RESULTADOS

Para a descrição dos resultados encontrados neste trabalho, partiu-se de um estudo retrospectivo de 5.000 laudos de EDA, cujos valores foram analisados estatisticamente como não excludentes, uma vez que em alguns grupos avaliados foi verificada mais de uma alteração diagnóstica nos segmentos do tubo digestivo alto.

4.1 Análise descritiva geral

Como demonstrado na Tabela 1, as análises revelam que a maior frequência dos exames de EDA foi realizada pelo gênero feminino.

Tabela 1 Frequência de exames de EDA de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	FREQUÊNCIA (EXAMES)	PERCENTUAL (%)
FEMININO	3.161	63,22
MASCULINO	1.839	36,78
TOTAL	5.000	100,00

Em relação apenas à faixa etária, independente do gênero, o maior número de exames realizados foi observado entre os pacientes com idade de 40 a 49 anos (Tabela 2). Entre estes, a média geral de idade foi 45,02, com desvio padrão de 15,08 (com idade mínima de 18 anos e máxima de 91 anos).

No entanto, quando se comparou essa variável numérica entre os gêneros observou-se que no masculino a média de idade foi 46,39 anos, com desvio padrão de 15,51 (com idade mínima de 18,00 e máxima de 91,00 anos) e, no feminino, a média foi 44,22 anos, com desvio padrão de 14,76 (com idade mínima de 18,00 e máxima de 91 anos).

Tabela 2 Frequência de exames de EDA de acordo a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	FREQUÊNCIA (EXAMES)	PERCENTUAL (%)
18-29	861	17,22
30-39	1.073	21,46
40-49	1.193	23,86
50-59	932	18,64
>=60	941	18,82
TOTAL	5.000	100,00

O número de exames realizados por origem de atendimento está descrito na Tabela 3. Como pode ser verificado, não foi possível a análise estatística representativa entre essas procedências, pois a amostragem de cada USB foi muito pequena para tal finalidade. Porém, notou-se que os menores valores foram encontrados na USB Jardim Itatinga e CAIC. Já as maiores taxas percentuais de procedimentos foram realizadas em pacientes advindos do AOV, os quais estavam sendo acompanhados por especialistas neste serviço, mas que eram provenientes de serviços de atenção primária de saúde.

Tabela 3 Frequência de exames de EDA de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO	FREQUÊNCIA (EXAMES)	PERCENTUAL (%)
DIC I	226	4,52
DIC III	274	5,48
SANTA LÚCIA	329	6,58
CAMPOS ELÍSEOS	275	5,50
AEROPORTO	212	4,24
JARDIM CAPIVARI	260	5,20
UNIÃO DOS BAIRROS	202	4,04
VISTA ALEGRE	225	4,50
SÃO CRISTOVÃO	180	3,60
CAIC	35	0,70
JARDIM ITATINGA	60	1,20
OURO VERDE	1.641	32,82
OUTROS	1.081	21,62
TOTAL	5.000	100,00

Como mostra a Tabela 4, quando se comparou o número de EDAs realizadas com faixa etária e gênero, no feminino existiram dois picos de maior frequência, de 18 a 29 anos (18,35%) e de 40 a 49 anos (24,71%). No entanto, no masculino, resultado significativo ocorreu apenas entre os pacientes com idade a partir dos 60 anos (22,51%).

Tabela 4 Análise comparativa da frequência de exames entre faixa etária e gênero

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	GÊNERO		TOTAL DE EXAMES
	FEMININO	MASCULINO	
18-29	580 <u>18,35%*</u>	281 15,28%	861
30-39	679 21,48%	394 21,42%	1.073
40-49	781 <u>24,71%*</u>	412 22,40%	1.193
50-59	594 18,79%	338 18,38%	932
>=60	527 16,67%	414 <u>22,51%*</u>	941
TOTAL	3.161	1.839	5.000

*($p < 0,001$) teste Qui-quadrado

4.2 Prevalência das principais doenças diagnosticadas endoscopicamente no tubo digestivo alto

Dos 5.000 laudos revisados, 1.298 (25,96%) apresentaram algum tipo de alteração no segmento esofágico. De acordo com o Gráfico 1, as esofagites foram detectadas em 1.066 (21,32%), grupo este composto pelas esofagites erosiva e não erosiva. As classificadas como erosiva estiveram presentes em 597 (56,00%) e entre a não erosiva, em 469 (44,00%).

O diagnóstico endoscópico de hérnia hiatal foi relatado em 225 exames, o que representou 4,50% do total dessa casuística. As neoplasias malignas do esôfago ocorreram em 15 pacientes (0,30%), sendo três casos (20,00%) do tipo precoce e 12 casos (80,00%) do tipo avançado. O índice de casos sugestivos, endoscopicamente, de

megaesôfago, foi registrado em 11 exames (0,22%). Outros diagnósticos constaram em 191 exames (3,82%).

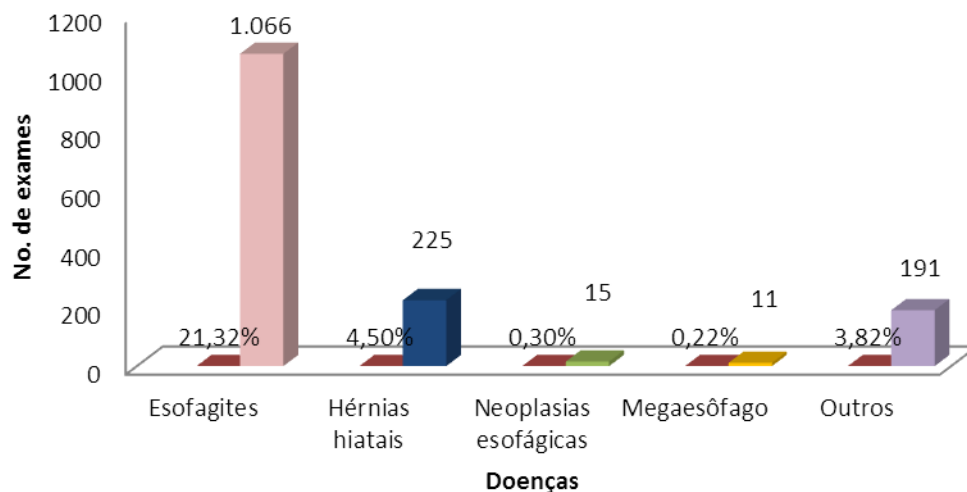


Gráfico 1 Prevalência das doenças no segmento esofágico em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde

Nota: a soma percentual não resultou em 25,96%, pois alguns pacientes apresentaram mais de um diagnóstico endoscópico associado.

No segmento gástrico, conforme apresentado no Gráfico 2, o total de exames com alguma doença correspondeu a 3.987 (79,74%). A prevalência de gastrite crônica nesta casuística foi de 3.791 (75,82%). A porcentagem de exames com diagnóstico endoscópico de gastrite de aspecto micronodular foi 1,72%, encontrada em 86 exames. Úlceras gástricas estiveram presentes em 455 exames (9,10%). As neoplasias malignas gástricas foram detectadas em 29 exames (0,58%). Entre estas, verificou-se a do tipo precoce em dez pacientes (34,48%) e entre a avançada em 19 pacientes (65,52%). Em 92 pacientes (1,84%) observou-se estômago operado, sendo em um

exame (0,02%) relatado gastrectomia total e em 91 (1,82%), gastrectomia parcial. Outros diagnósticos gástricos foram registrados em 513 exames (10,26%).

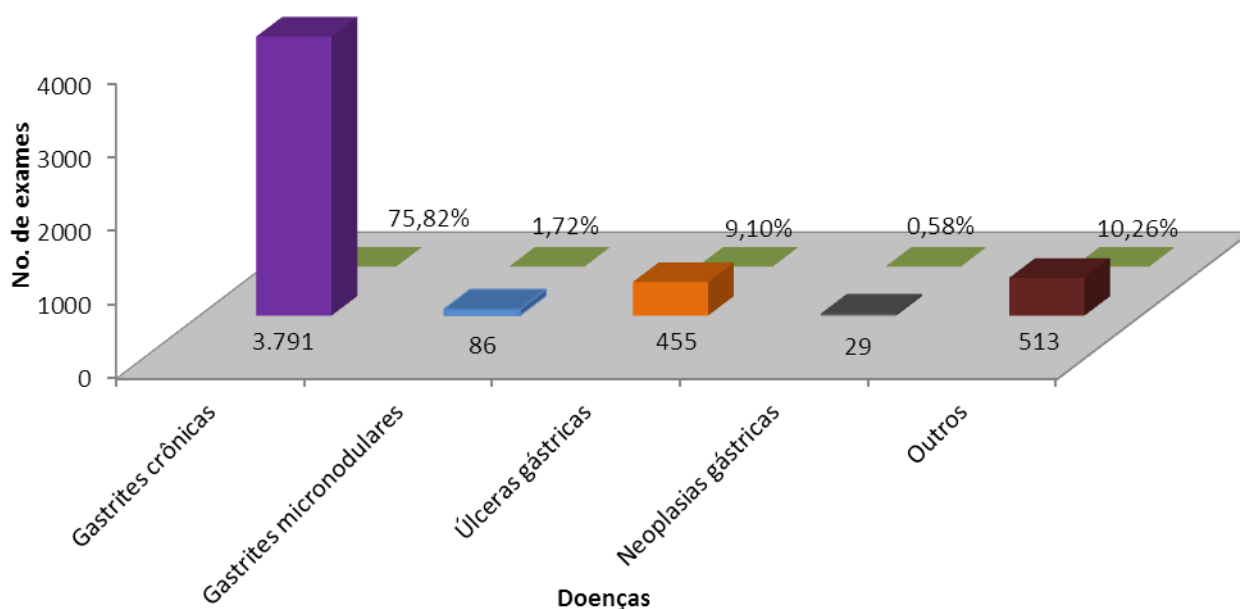


Gráfico 2 Prevalência das doenças no segmento gástrico em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde

Nota: a soma percentual não foi 79,74%, pois alguns pacientes apresentaram mais de um diagnóstico endoscópico associado.

O número de exames com diagnósticos endoscópicos de doenças no segmento duodenal, como mostra o Gráfico 3, correspondeu a 1.648 (32,96%). As úlceras duodenais foram verificadas em 967 (19,34%), as duodenites, em 887 (17,74%) e outros diagnósticos, em 477 (9,54%).

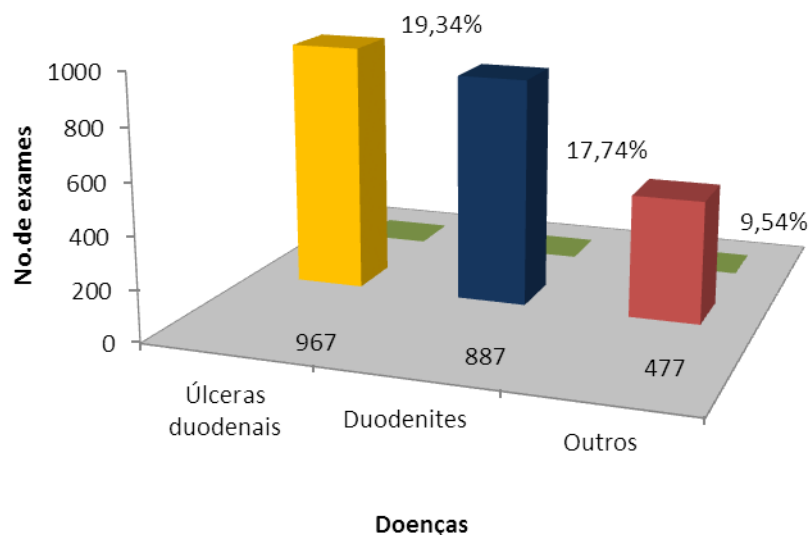


Gráfico 3 Prevalência das doenças no segmento duodenal em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde

Nota: a soma percentual não foi de 32,96%, pois alguns pacientes tiveram mais de um diagnóstico endoscópico associado.

4.3 Correlações dos diagnósticos endoscópicos com faixa etária, gênero e origem de atendimento

Os achados esofágicos foram mais observados entre os pacientes na faixa etária a partir de 50 anos ($p < 0,001$) (ANEXO 1) e no gênero masculino (34,58%; $p < 0,001$) (ANEXO 2). Não houve resultados significativos em relação às diferentes origens de atendimento ($p = 0,322$) (ANEXO 3).

De acordo com a Tabela 5, as esofagites apresentaram resultados estatisticamente significativos entre os pacientes na faixa etária a partir de 30 anos

($p < 0,001$), com razão de risco de 1,70 até 2,97 vezes, aumentando com o avançar da idade (ANEXO 4). Identificaram-se também valores representativos no gênero masculino (28,38%; $p < 0,001$), conforme demonstra a Tabela 6, com razão de risco para essa doença de 1,91 vez maior entre os homens (ANEXO 4). Não houve prevalência desta anormalidade entre as diferentes origens de atendimento ($p = 0,767$) (ANEXOS 4 e 5).

Tabela 5 Distribuição total dos pacientes com esofagites de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	FREQUÊNCIA DE EXAMES		TOTAL DE EXAMES
	SEM ESOFAGITES	COM ESOFAGITES	
18-29	756 87,80%	105 12,20%	861
30-39	868 80,89%	205 19,11%*	1.073
40-49	930 77,95%	263 22,05%*	1.193
50-59	714 76,61%	218 23,39%*	932
>=60	666 70,78%	275 29,22%*	941
TOTAL	3.934	1.066	5.000

*($p < 0,001$) teste Qui-quadrado

Tabela 6 Distribuição total dos pacientes com esofagites de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	FREQUÊNCIA DE EXAMES		TOTAL DE EXAMES
	SEM ESOFAGITES	COM ESOFAGITES	
FEMININO	2.617 82,79%	544 17,21%	3.161
MASCULINO	1.317 71,62%	522 28,38%*	1.839
TOTAL	3.934	1.066	5.000

*($p < 0,001$) teste Qui-quadrado

As esofagites classificadas como erosiva foram mais verificadas em pacientes com idade entre 30 e 49 anos ($p=0,046$), no gênero masculino (62,84%; $p<0,001$), de acordo com as Tabelas 7 e 8, respectivamente, e pertencentes às UBS (p=0,027) DIC III (71,88%), Jardim Capivari (63,46%) e ao AOV (60,56%; $p=0,027$) (ANEXO 6). No entanto, aquelas classificadas como não erosiva apresentaram dois picos de idade prevalentes, entre os pacientes mais jovens, de 18 a 29 anos (47,62%; $p=0,046$) e com faixa etária a partir de 50 anos ($p=0,046$), sendo mais frequente no gênero feminino (50,55%; $p<0,001$) (Tabelas 7 e 8) e na USB Jardim Itatinga (62,50%; $p=0,027$) (ANEXO 6).

Tabela 7 Distribuição dos pacientes com esofagite erosiva e não erosiva de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	ESOFAGITES		TOTAL DE EXAMES
	EROSIVA	NÃO EROSIVA	
18-29	55 52,38%	50 47,62%*	105
30-39	127 61,95%*	78 38,05%	205
40-49	160 60,84%*	103 39,16%	263
50-59	114 52,29%	104 47,71%*	218
>=60	141 51,27%	134 48,73%*	275
TOTAL	597	469	1.066

***(p=0,046)** teste Qui-quadrado

Tabela 8 Distribuição dos pacientes com esofagites erosiva e não erosiva de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	ESOFAGITES		TOTAL DE EXAMES
	EROSIVA	NÃO EROSIVA	
FEMININO	269 49,45%	275 <u>50,55%</u>*	544
MASCULINO	328 <u>62,84%</u>*	194 37,16%	522
TOTAL	597	469	1.066

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

Com relação às hérnias hiatais, as tabelas a seguir indicam que foram mais diagnosticadas em pacientes a partir de 50 anos (p<0,001) (Tabela 9), no gênero masculino (5,33%, p=0,031) (Tabela 10), na UBS Jardim Itatinga (11,67%; p=0,001) e no AOV (6,22%; p=0,001) (ANEXO 7).

Tabela 9 Distribuição dos pacientes com hérnias hiatais de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM HÉRNIAS	COM HÉRNIAS	TOTAL DE EXAMES
	HIATAIS	HIATAIS	
18-29	858 <u>99,65%</u>*	03 0,35%	861
30-39	1.047 <u>97,58%</u>*	26 2,42%	1.073
40-49	1.155 <u>96,81%</u>*	38 3,19%	1.193
50-59	872 93,56%	60 <u>6,44%</u>*	932
>=60	843 89,59%	98 <u>10,41%</u>*	941
TOTAL	4.775	225	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

Tabela 10 Distribuição dos pacientes com hérnias hiatais de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM HÉRNIAS HIATAIS	COM HÉRNIAS HIATAIS	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	3.034 95,98%*	127 4,02%	3.161
MASCULINO	1.741 94,67%	98 5,33%*	1.839
TOTAL	4.775	225	5.000

*(p=0,031) teste Qui-quadrado

As neoplasias malignas esofágicas contribuíram para resultados estatisticamente significativos em pacientes a partir de 60 anos (0,96%; $p < 0,001$) (Tabela 11), com razão de risco de 17,55 vezes maior nesta faixa etária (ANEXO 8) e no gênero masculino (0,65%; $p < 0,001$) (Tabela 12), com razão de risco de 6,91 vezes mais para essa doença entre os homens (ANEXO 8). Referente à origem de atendimento, resultado prevalente foi verificado na USB Jardim Itatinga (3,33%; $p = 0,011$), em que a razão de risco foi 28,16 vezes maior (ANEXOS 8 e 9).

Tabela 11 Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas esofágicas de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM NEOPLASIAS MALIGNAS ESOFÁGICAS	COM NEOPLASIAS MALIGNAS ESOFÁGICAS	TOTAL DE EXAMES
18-29	861 100%	0	861
30-39	1.073 100%	0	1.073
40-49	1.191 99,83%	02 0,17%	1.193
50-59	928 99,57%	04 0,43%	932
>=60	932 99,04%	09 0,96%*	941
TOTAL	4.985	15	5.000

*($p < 0,001$) teste exato de Fisher

Tabela 12 Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas esofágicas de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM NEOPLASIAS MALIGNAS ESOFÁGICAS	COM NEOPLASIAS MALIGNAS ESOFÁGICAS	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	3.158 99,91%	03 0,09%	3.161
MASCULINO	1.827 99,35%	12 0,65%*	1.839
TOTAL	4.985	15	5.000

*($p < 0,001$) teste Qui-quadrado

Entre as neoplasias malignas do esôfago, tanto as classificadas como precoce quanto avançada não apresentaram valores representativos nas variáveis faixa etária ($p=0,502$) e gênero ($p=1,000$).

Em relação à origem de atendimento, as do tipo precoce obtiveram resultado significativo na USB Jardim Itatinga (100,00%; $p=0,040$) e entre os usuários encaminhados de outras origens de atendimento (100,00%; $p=0,040$) (ANEXO 10). As do tipo avançado foram mais verificadas nas UBS ($p=0,040$; 100,00%) DIC I, DIC III, Jardim Capivari, Jardim Vista Alegre, São Cristovão e AOV (100,00%; $p=0,040$) (ANEXO 10).

Os exames com diagnósticos endoscópicos sugestivos de megaesôfago tiveram prevalência entre dois picos de faixa etária, de 40 a 49 anos (0,34%; $p=0,036$) e a partir de 60 anos (0,53%; $p=0,036$) (ANEXO 11). Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre gênero ($p=0,112$) (ANEXO 12) ou origem de atendimento ($p=0,450$) (ANEXO 13).

Achados endoscópicos no segmento gástrico de importância foram notados nos pacientes de faixa etária a partir de 40 anos ($p<0,001$), com valores percentuais crescentes com o avançar da idade (ANEXO 14) e no gênero masculino (86,46%; $p<0,001$) (ANEXO 15). Não se observaram resultados estatisticamente representativos entre as origens de atendimento ($p=0,643$) (ANEXO 16).

O diagnóstico de gastrite crônica foi mais observado nos pacientes de faixa etária a partir de 30 anos ($p<0,001$) (Tabela 13), com razão de risco de 1,42 até 3,30 vezes mais com o avançar da idade (ANEXO 17). O gênero masculino (81,13%; $p<0,001$) (Tabela 14) também apresentou resultados estatisticamente significativos para esta anormalidade, com razão de risco de 1,61 maior (ANEXO 17). Nas diferentes origens de atendimento não se notaram correlações relevantes ($p=0,468$) (ANEXOS 17 e 18).

A gastrite de aspecto micronodular foi frequente nos pacientes jovens na faixa etária de 18 a 29 anos (2,79%; $p=0,027$) (ANEXO 19). Não foram verificados resultados

estatisticamente significativos entre as variáveis categóricas gênero ($p=0,713$) (ANEXO 20) e origem de atendimento ($p=0,202$) (ANEXO 21).

Tabela 13 Distribuição dos pacientes com gastrites crônicas de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM GASTRITES CRÔNICAS	COM GASTRITES CRÔNICAS	TOTAL DE EXAMES
18-29	320 37,17%	541 62,83%	861
30-39	315 29,36%	758 <u>70,64%</u>*	1.073
40-49	263 22,05%	930 <u>77,95%</u>*	1.193
50-59	168 18,03%	764 <u>81,97%</u>*	932
>=60	143 15,20%	798 <u>84,80%</u>*	941
TOTAL	1.209	3.791	5.000

*($p<0,001$) teste Qui-quadrado

Tabela 14 Distribuição dos pacientes com gastrites crônicas de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM GASTRITES CRÔNICAS	COM GASTRITES CRÔNICAS	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	862 27,27%	2.299 72,73%	3.161
MASCULINO	347 18,87%	1.492 <u>81,13%</u>*	1.839
TOTAL	1.209	3.791	5.000

*($p<0,001$) teste Qui-quadrado

As úlceras gástricas apresentaram índices estatisticamente representativos a partir de 30 anos ($p<0,001$) com percentuais crescentes (Tabela 15) e razão de risco de 1,96 até 10,69 vezes mais (ANEXO 22) e, no gênero masculino (11,36%; $p<0,001$) (Tabela 16), com razão de risco de 1,52 vez maior (ANEXO 22). Nas origens de atendimento ($p<0,001$) Campos Elíseos (10,18%), Vista Alegre (10,22%), Jardim Itatinga (26,67%) e AOV (12,37%) (ANEXO 23) foi notada significância estatística para a presença de úlcera gástrica, com razão de risco variando de 2,44 até 7,82 vezes mais (ANEXO 22).

Tabela 15 Distribuição dos pacientes com úlcera gástrica de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM ÚLCERA GÁSTRICA	COM ÚLCERA GÁSTRICA	TOTAL DE EXAMES
18-29	846 98,26%	15 1,74%	861
30-39	1.037 96,64%	36 <u>3,36%</u>*	1.073
40-49	1.068 89,52%	125 <u>10,48%</u>*	1.193
50-59	803 86,16%	129 <u>13,84%</u>*	932
>=60	791 84,06%	150 <u>15,94%</u>*	941
TOTAL	4.545	455	5.000

*($p<0,001$) teste Qui-quadrado

Tabela 16 Distribuição dos pacientes com úlcera gástrica de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM ÚLCERA GÁSTRICA	COM ÚLCERA GÁSTRICA	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	2.915 92,22%	246 7,78%	3.161
MASCULINO	1.630 88,64%	209 <u>11,36%</u> *	1.839
TOTAL	4.545	455	5.000

*(**p<0,001**) teste Qui-quadrado

As neoplasias malignas gástricas foram mais verificadas nos pacientes de faixa etária a partir de 40 anos ($p<0,001$) (Tabela 17), com razão de risco de 10,89 até 26,94 vezes mais (ANEXO 24) e no gênero masculino (1,03%; $p=0,001$) (Tabela 18), com razão de risco de 3,29 vezes maior (ANEXO 24). Entre as origens de atendimento, os pacientes oriundos da USB Jardim Itatinga (1,67%; $p= 0,838$) apresentaram resultado estatisticamente significativo (ANEXO 25), com razão de risco de 13,89 vezes mais (ANEXO 24).

Tabela 17 Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas gástricas de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM NEOPLASIAS GÁSTRICAS	COM NEOPLASIAS GÁSTRICAS	TOTAL DE EXAMES
18-29	861 100%	0	861
30-39	1.073 100%	0	1.073
40-49	1.186 99,41%	07 0,59%*	1.193
50-59	924 99,14%	08 0,86%*	932
>=60	927 98,51%	14 1,49%*	941
TOTAL	4.971	29	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

Tabela 18 Distribuição total dos pacientes com neoplasias malignas gástricas de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM NEOPLASIAS GÁSTRICAS	COM NEOPLASIAS GÁSTRICAS	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	3.151 99,68%	10 0,32%	3.161
MASCULINO	1.820 98,97%	19 1,03%*	1.839
TOTAL	4.971	29	5.000

*(p=0,001) teste Qui-quadrado

Os dez casos registrados de neoplasias malignas gástricas precoce ocorreram em pacientes também a partir de 40 anos ($p=0,279$), sendo quatro detectados no gênero feminino (40,00%; $p=0,638$) e seis no gênero masculino (31,58%; $p=0,638$) (Tabelas 19 e 20). Entre os 19 casos relatados de neoplasias malignas gástricas avançadas todos também foram em pacientes a partir de 40 anos ($p=0,279$), sendo 13 diagnosticados no gênero masculino (68,42%; $p=0,698$), e seis, no gênero feminino (60,00%; $p=0,698$), como também pode se verificar nas Tabelas 19 e 20. Com relação à procedência dos pacientes, não se detectaram valores representativos para estas doenças ($p=0,806$) (ANEXO 26).

Tabela 19 Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas gástricas dos tipos precoce e avançada de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	NEOPLASIA PRECOCE	NEOPLASIA AVANÇADA	TOTAL DE EXAMES
18-29	0	0	0
30-39	0	0	0
40-49	04 57,14%	03 42,86%	07
50-59	03 37,50%	05 62,50%	08
>=60	03 21,43%	11 78,57%	14
TOTAL	10	19	29

($p=0,279$) teste exato de Fisher

Tabela 20 Distribuição dos pacientes com neoplasias malignas gástricas dos tipos precoce e avançada de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	NEOPLASIA PRECOCE	NEOPLASIA AVANÇADA	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	04 40,00%	06 60,00%	10
MASCULINO	06 31,58%	13 68,42%	19
TOTAL	10	19	29

(p=0,698) teste exato de Fisher

Entre os 92 pacientes gastrectomizados, índices de maior percentual foram registrados em pacientes com faixa etária a partir de 60 anos (5,21%; $p<0,001$) (ANEXO 27) e no gênero masculino (2,94%; $p<0,001$) (ANEXO 28). Não se observaram valores estatisticamente representativos entre as origens de atendimento ($p=0,510$) (ANEXO 29).

As doenças diagnosticadas no segmento duodenal foram mais frequentes nos pacientes de 40 a 59 anos ($p<0,001$) (ANEXO 30), no gênero masculino (41,16%; $p<0,001$) (ANEXO 31) e nos oriundos da UBS Jardim Itatinga (45%; $p=0,025$) e do AOV (35,71,%; $p=0,025$) (ANEXO 32).

A úlcera duodenal ocorreu mais comumente a partir de 30 anos ($p<0,001$) (Tabela 21), com razão de risco de 1,39 até 2,09 vezes mais (ANEXO 33) e no gênero masculino (23,38%; $p<0,001$) (Tabela 22), com razão de risco de 1,49 vez maior (ANEXO 33). Os usuários oriundos das USB ($p=0,024$) Jardim Itatinga (30,00%), Vista Alegre (20,89%) e AOV (22,06%; $p=0,024$) (ANEXO 34) foram os que mais receberam o diagnóstico dessa doença, com razão de risco variando de 4,36 até 7,07 vezes mais (ANEXO 33).

Tabela 21 Distribuição dos pacientes com úlcera duodenal de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM ÚLCERA	COM ÚLCERA	TOTAL DE EXAMES
18-29	751 87,22%	110 12,78%	861
30-39	869 80,99%	204 <u>19,01</u> %*	1.073
40-49	917 76,87%	276 <u>23,13</u> %*	1.193
50-59	714 76,61%	218 <u>23,39</u> %*	932
>=60	782 83,10%	159 <u>16,90</u> %*	941
TOTAL	4.033	967	5.000

*(**p<0,001**) teste Qui-quadrado

Tabela 22 Distribuição dos pacientes com úlcera duodenal de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM ÚLCERA	COM ÚLCERA	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	2.624 83,01%*	537 16,99%	3.161
MASCULINO	1.409 76,62%	430 23,38%*	1.839
TOTAL	4.033	967	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

Os diagnósticos de duodenites mostraram prevalência nas faixas etárias de 40 anos a 59 anos (p=0,010) (Tabela 23), com razão de risco de 1,38 vez até 1,49 vez mais (ANEXO 35) e no gênero masculino (23,82%; p<0,001) (Tabela 24), com razão de risco de 1,89 vez maior (Anexo 35). Não se observaram valores estatisticamente representativos entre as origens de atendimento (ANEXOS 35 e 36).

Tabela 23 Distribuição dos pacientes com duodenites de acordo com a variável categórica faixa etária

FAIXA ETÁRIA (ANOS)	SEM DUODENITES	COM DUODENITES	TOTAL DE EXAMES
18-29	736 85,48%	125 14,52%	861
30-39	897 83,60%	176 16,40%	1.073
40-49	952 79,80%	241 20,20%*	1.193
50-59	755 81,01%	177 18,99%*	932
>=60	773 82,15%	168 17,85%	941
TOTAL	4.113	887	5.000

*(p=0,010) teste Qui-quadrado

Tabela 24 Distribuição dos pacientes com duodenites de acordo com a variável categórica gênero

GÊNERO	SEM DUODENITES	COM DUODENITES	TOTAL DE EXAMES
FEMININO	2.712 85,80%*	449 14,20%	3.161
MASCULINO	1.401 76,18%	438 23,82%*	1.839
TOTAL	4.113	887	5.000

*($p < 0,001$) teste Qui-quadrado

4.4 Prevalência do *Helicobacter pylori* em um segmento da população estudada, de acordo com as doenças diagnosticadas

Dos 5.000 exames revisados, 2.822 pacientes (56,44%) realizaram a pesquisa do *H.pylori* pelos métodos histológicos e/ou urease, com resultados positivos em 1.159 (41,07%). Valores percentuais desta bactéria foram encontrados entre os pacientes com úlceras gástricas (46,98%; $p=0,07$), sendo estatisticamente significativos naqueles com úlceras duodenais (49,07%; $p < 0,001$). Dentro o grupo das gastrites crônicas efetuou-se a correlação deste microorganismo apenas no de aspecto endoscópico micronodular (38,67%; $p=0,668$), não se verificando índices de maior frequência.

4.5 Prevalência da taxa de exames endoscópicos normais na população estudada

O diagnóstico de exame endoscópico normal foi realizado em 604 pacientes (12,08%), e os valores encontrados mostraram-se estatisticamente representativos entre os pacientes mais jovens de 18 a 29 anos (25,32%; $p < 0,01$) e no gênero feminino (16,04%; $p < 0,001$). Não houve valores significativos entre as origens de atendimento.

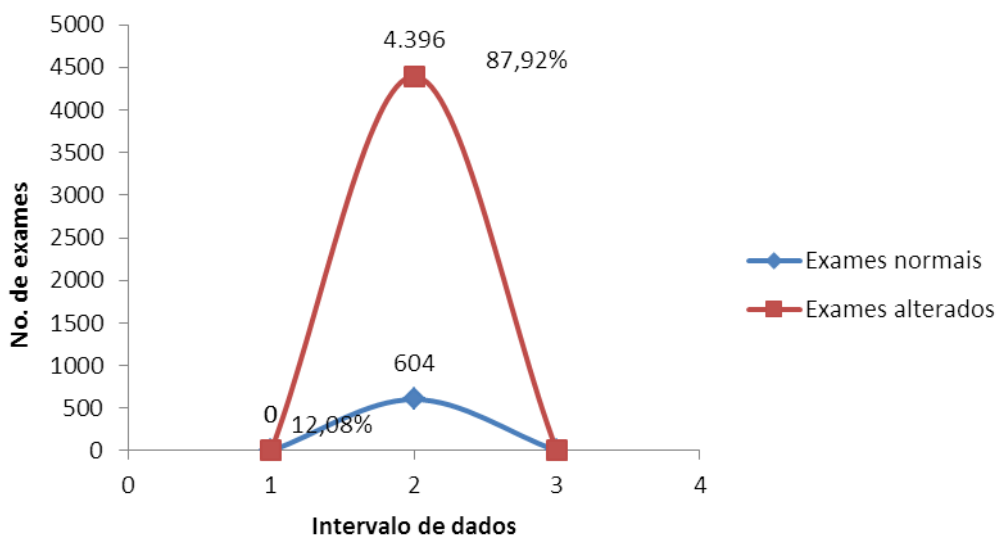


Gráfico 4 Prevalência de exames normais em 5.000 exames de EDA em uma população de atendimento primário de saúde

4.6 Subsídios para a implantação de um modelo de atendimento primário de EDA diagnóstica na rede pública de saúde

Considerando-se a amostra razoável de pacientes inclusos nesta casuística e a experiência descrita no presente estudo demonstra a viabilidade para a implantação da EDA diagnóstica em serviços de atendimento primário de saúde. Obviamente, desde que seja realizado em um ambiente bem estruturado, e composto por uma equipe habilitada, munida com espírito de parceria, o que abrange desde o atendente da recepção que acolhe o usuário até o médico habilitado para tal procedimento. Isto requer que estímulos permanentes sejam passados a todos os membros atuantes, com capacitações periódicas nos casos de possíveis emergências, atualizações científicas permanentes, tendo sempre como objetivo principal que o paciente seja beneficiado, recebendo um exame de boa qualidade, realizado com eficácia e segurança e com resultado diagnóstico preciso e ágil, que inclui desde a sua solicitação na UBS até o resultado de exame complementar anatomopatológico, caso tenha sido necessário.

Nenhum caso de complicação decorrente do procedimento endoscópico foi registrado nesta casuística. A rotina estabelecida pela Equipe, a estrutura funcional do Serviço e a avaliação favorável expressa por uma parcela dos usuários por intermédio de um questionário ilustrativo, ofereceram suporte e subsídio para a implantação deste modelo de atendimento em nível intermediário de saúde.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, diz em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Para tanto propôs a implantação de um sistema com três diretrizes básicas, que são a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, tendo suas ações de saúde voltadas para a garantia de seus princípios constitucionais de universalidade, integridade, equidade e controle social. Foi definido como único porque segue os mesmos padrões em todo o território nacional, sendo de responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal. Desta maneira foi instituído o chamado Sistema Único de Saúde (SUS). Abrangendo esse sistema considerou-se que a questão de saúde deve ser compartilhada às políticas públicas de saneamento, habitação, alimentação, transporte, emprego e lazer (17).

A cidade de Campinas, terceira maior do Estado de São Paulo, adota os princípios do SUS e tem administração municipal global do sistema de saúde. Por ser um centro de referência regional, ela também absorve a demanda dos municípios vizinhos, muitas vezes sobrecarregando o seu próprio sistema municipal local. Estruturalmente, a rede de serviços é composta por unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas, incluindo a atenção básica, serviços secundários e terciários, buscando-se pelo funcionamento de forma organizada e hierarquizada. Dentre esses serviços disponíveis à população encontram-se vários procedimentos diagnósticos especializados, tais como exames laboratoriais e de imagens, abrangendo a endoscopia digestiva (18).

Entretanto, até o momento não existe uma reflexão na possibilidade de execução da EDA em serviço de menor complexidade de saúde, já que na atualidade ela oferece inúmeros benefícios proporcionados pelos avanços tecnológicos de imagem, como afirmaram Taveira et al. (19) em seu trabalho, quando se referiram à acurácia do exame endoscópico próximo ao diagnóstico anatomopatológico. Esta vantagem em relação aos outros procedimentos diagnósticos especializados utilizados, até então, muito contribuiu para a detecção de lesões precoces no tubo digestivo alto. Em contrapartida, houve uma superlotação nas instituições que oferecem este

procedimento, gerando, muitas vezes, um longo tempo de espera entre a solicitação e a realização da EDA, o que ocasiona prejuízo para aqueles pacientes que necessitam de diagnóstico e tratamento imediato.

No presente estudo procurou-se avaliar pormenorizadamente os resultados obtidos de laudos de EDA diagnóstica de um grupo representativo de pacientes encaminhados de um serviço de atendimento primário de saúde da região sudoeste de Campinas, tendo sido feita análise descritiva das variáveis faixa etária, gênero e origem de atendimento. Foram analisados os diagnósticos e as relações entre estes e as variáveis relacionadas.

Na amostragem geral de 5.000 laudos revisados observou-se, na análise descritiva das variáveis, que os pacientes que mais realizaram EDA pertenciam ao gênero feminino (63,22%), quase o dobro da porcentagem verificada no gênero masculino (36,78%). Em relação à faixa etária, a maior parte dos pacientes encontrava-se entre 40 e 49 anos, independente dos gêneros. De acordo com os resultados acima referentes ao gênero feminino, algumas suposições poderiam corroborar para os valores encontrados, já que, após consulta aos censos demográficos publicados pelo IBGE, nos períodos de 1991 e 2000, com atualização em 2005 (20), notou-se que na região sudoeste do município de Campinas a população feminina era maior do que a masculina na faixa etária a partir dos 15 anos. Esta informação, aliada ao fato de que na maior parte das vezes é a mulher quem mais procura os serviços de saúde proporcionados pelas UBS, tais como os de pré-natal, ginecologia e pediatria e que culturalmente elas procuram assistência médica mais facilmente e com menor resistência do que os homens, poderia justificar a maior procura do gênero feminino ao atendimento médico. Outros estudos também contribuem para a fundamentação de que a realização desse exame é maior entre as mulheres. Em revisão de literatura, Hutson et al. (21) sugerem que as mulheres, nas etapas pré e pós-menopausa, teriam uma lentificação do trânsito gástrico como efeito secundário da influência hormonal. Também os resultados apresentados por Lorena et al.(22) demonstraram que o esvaziamento gástrico de sólidos foi mais lento no gênero

feminino. Desta forma, é possível admitir que estes trabalhos dão suporte aos dados observados nesta casuística.

No presente estudo, com relação à faixa etária dos gêneros, verificou-se que no feminino a idade prevalente ocorreu em dois picos, de 18 a 29 anos (18,35%) e de 40 a 49 anos (24,71%), e nesta última faixa, possivelmente, neste grupo, algumas mulheres encontravam-se em fase pré-menopausa, quando o esvaziamento gástrico pode ser mais lento, gerando um maior índice de sintomas dispépticos levando, assim, à maior solicitação de EDA para investigação diagnóstica. Já no gênero masculino houve predominância entre aqueles com idade a partir de 60 anos (22,51%).

Porém, não é regra geral que a maior frequência dos exames seja realizada no gênero feminino, como demonstra Agbakwuru et al. (23), na Nigéria, onde ele observou que o sexo masculino foi responsável por 53,4% dos exames; todavia os procedimentos em questão não foram executados em serviço primário de saúde. Em pacientes pertencentes ao serviço de atenção primária de saúde, na Arábia Saudita, Al-Romaih e Al-Shehri (24) também relataram que 58,78% das EDAs foram feitas no gênero masculino.

Em relação ao número de exames realizados segundo a origem de atendimento, notaram-se valores muito próximos entre as diferentes UBS, exceto na UBS Jardim Itatinga e CAIC, que encaminharam um número menor de pacientes para a realização do procedimento. Os diferentes números de exames observados no encaminhamento pelas UBS estavam associados às cotas de EDAs determinadas pela SMS.

A discussão a seguir corresponde à descrição dos achados endoscópicos nos três segmentos avaliados via EDA e a sua correlação com faixa etária, gênero e origem de atendimento.

Schroeder (25), em trabalho efetuado na Finlândia, após análise de 605 procedimentos realizados em pacientes jovens, abaixo de 35 anos de idade, verificou que o índice de alterações esofágicas foi apenas de 8,8%. Thomson et al. (26), em estudo de 1.040 pacientes adultos canadenses, com quadro de sintomas dispépticos, incluíram em sua pesquisa pacientes com faixa etária mais abrangente, acima de 50

anos, cuja prevalência para doenças no segmento esofágico foi em torno de 47,0%. Nestes dois trabalhos não se relatou especificamente o gênero predominante nestas anormalidades. Estes diferentes valores podem sugerir que existe uma correlação entre os maiores índices de doenças esofágicas com o avançar da idade, como a que foi verificada no presente estudo. Altos índices desta anormalidade também foram observados em pacientes nigerianos (23), que em 882 pacientes avaliados, cerca de um quarto apresentava doença esofágica. É interessante relatar que no trabalho já citado de Schroeder (25), que analisou 605 procedimentos em pacientes jovens, 53 pacientes (8,8%) apresentavam comprometimento esofágico, sendo 51 considerados como esofagites de refluxo, utilizando-se como critério para tal achado a presença macroscópica de erosão na mucosa esofagiana ou um quadro de diagnóstico histológico. Mesmo que ele tenha associado ao diagnóstico endoscópico o estudo histopatológico, o que não foi analisado no presente estudo, é uma frequência elevada e deve ser mencionado que a sua casuística era com pacientes abaixo de 35 anos.

Também na Arábia Saudita (24), entre as doenças do esôfago, as esofagites foram diagnosticadas como de maior prevalência. Pierzchajlo et al. (10), em estudo retrospectivo de 793 exames de EDA realizadas por médicos de atendimentos primários de saúde, em um período de sete anos, com amostragem de pacientes com faixa etária mais elevada (a partir de 50 anos), obtiveram este diagnóstico em 24,6%. Valor muito próximo ao observado neste estudo.

Os dados encontrados em relação à prevalência da hérnia hiatal por deslizamento foram compatíveis com Schroeder (25), que encontrou 3,8%, contudo não sendo especificados índices predominantes de faixa etária e gênero. Por outro lado, Pierzchajlo et al. (10) verificou uma porcentagem de hérnia hiatal de 9,7% em sua casuística, dado bem acima dos encontrados no presente estudo.

A taxa de exames com diagnóstico de neoplasia maligna do esôfago (0,30%) foi considerada baixa. Outros trabalhos realizados no país, embora estudando especificamente pacientes dispépticos, tais como o de Coelho-Filho et al. (27) e o de Durães et al. (28), não relataram frequência desta doença neste segmento. Já Alves

(29) encontrou um total de oito casos (0,34%) em uma determinada amostragem de 9.578 pacientes, valor muito próximo da atual casuística.

Publicações internacionais, como a realizada no Canadá (26), citaram um caso de neoplasia esofagiana detectada em exame anatomopatológico (carcinoma precoce), tratando-se este de uma esofagite nodular distal, em paciente do sexo feminino, com 56 anos de idade. Por sua vez, Hassan et al. (30) registraram 48 casos (1%) de neoplasias malignas esofagianas.

As neoplasias malignas do esôfago estão entre as dez mais prevalentes no Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, INCA. De acordo com as estatísticas do INCA, no ano de 2009 foram registrados 7.375 óbitos, sendo 5.674 homens e 1.701 mulheres. Estima-se que em 2012 poderão ser notificados 10.420 novos casos, sendo 7.770 homens e 2.650 mulheres (31). Acometem mais homens do que mulheres e surgem com mais frequência depois dos 50 anos de idade (maior incidência aos 65 anos) e parecem estar associados a níveis socioeconômicos mais baixos, entre outros fatores, tais como tabagismo, etilismo e antecedente de câncer de cabeça e pescoço. A faixa etária predominante na atual casuística foi a partir dos 60 anos, no gênero masculino. Estes resultados confirmam os dados acima apresentados e as estimativas publicadas pelo Ministério da Saúde, de que, no Brasil, as taxas brutas são de incidência de 8,99/100.000, entre os homens, e de 2,6/100.000, entre as mulheres. A relação entre os sexos é de 3,3 homens para uma mulher, com pico de prevalência entre os homens, na 5ª e 6ª décadas de vida, sendo rara a ocorrência antes dos 30 anos (32).

Como já descrito anteriormente, os índices de neoplasias malignas do esôfago se destacaram muito na UBS Jardim Itatinga em relação às outras origens de atendimento. Este resultado talvez possa estar associado ao fato de que o bairro é constituído em parte por casas de prostituição, o que reserva ao local maiores chances de tabagismo, alcoolismo e condições inadequadas de higiene.

Chama a atenção que a porcentagem das neoplasias malignas precoces do esôfago, embora pertencente a uma casuística pequena, deve ser destacada, pois não

é frequente a sua presença na maioria dos relatos sobre o assunto; nesta casuística verificou-se a presença de três casos de neoplasia maligna esofágica do tipo precoce. Talvez, por ter sido usado o emprego do lugol a 2% de rotina, nas lesões suspeitas e naqueles pacientes com evidentes fatores de risco, tenha sido fundamental para detecção da neoplasia maligna na sua fase inicial (33), além dos especialistas em endoscopia digestiva do serviço possuírem treinamento específico em lesões precoces de neoplasias malignas no tubo digestivo.

Nos pacientes com doença de Chagas e hipótese diagnóstica de megaesôfago, a EDA é indicada visando avaliar o estado da mucosa esofágica e a detecção de lesões pré-neoplásicas associadas. Geograficamente, a prevalência dessa doença é variável, sendo baixa na Europa e nos países americanos situados acima da linha equatorial. Alguns países da América do Sul (Brasil, Argentina, Bolívia e Venezuela) onde a doença de Chagas é endêmica, o número de portadores é elevado. Na América Latina, existe relato de cerca de 12 a 14 milhões de pessoas infectadas, entre sintomáticos e assintomáticos (34).

Resende et al. (35), no período de sete anos, efetuaram 722 EDAs em 600 casos não selecionados de megaesôfago, dos quais 347(57,8%) eram do sexo masculino e 253 (42,2%) do feminino. As idades variaram de 11 a 87 anos (com média de 45,7 anos). Observando estes resultados nota-se que as faixas etárias são próximas do presente estudo, com a diferença de que houve maior prevalência no gênero feminino. Entretanto, este trabalho se constitui por uma amostragem bem maior e diferente desta casuística.

Vale ressaltar que atualmente no meio médico a presença de megaesôfago idiopático vem sendo cada vez mais diagnosticada, fazendo com que o endoscopista, de modo geral, não faça o diagnóstico etiológico na dilatação esofágica.

Em outras publicações (36, 37, 38), a EDA é realizada por sintomatologia dispéptica, considerando que esse quadro clínico é muito frequente na população geral, variando em níveis muito elevados, como na Índia, onde esta taxa chega a atingir 70% da população. Nos EUA, em torno de 25% desses pacientes procuram os serviços

médicos e geram anualmente despesas acima de um bilhão de dólares com medicamentos prescritos para seu tratamento (39).

Estudo canadense (26) mostrou que os resultados endoscópicos alterados no segmento gástrico foram bem menores em relação ao do presente estudo, com índice em torno de 18,3%, sendo estes achados mais comumente encontrados em pacientes acima de 50 anos de idade do que em pacientes jovens (todos os pacientes incluídos na pesquisa tinham ao menos 18 anos de idade).

Atualmente, a gastrite é considerada como alteração inicial que pode ser precursora de uma série de doenças graves e que devem ser conhecidas amplamente pela equipe de saúde. Várias tentativas foram efetuadas para se englobar um sistema geral de classificação de gastrites. A partir de então, endoscopistas e patologistas perceberam que, na maioria das vezes, faltava correlação entre manifestações clínicas com anormalidades endoscópicas e microscópicas. Tendo isso em vista, criou-se em 1990 uma classificação e graduação de gastrites que foi denominada sistema Sydney. Neste sistema há uma variação de duas classificações interligadas, uma endoscópica e outra histológica, e que considera os aspectos morfológico, topográficos e etiológicos (15).

No presente estudo, além do emprego da referida classificação decidiu-se analisar separadamente os casos de pacientes com diagnósticos exclusivos de gastrite do tipo enantematosa leve, pois era de interesse correlacionar este tipo de gastrite com os exames normais, visando obter informação da prevalência da dispepsia funcional.

Embora a gastrite micronodular não faça parte da classificação de Sydney, houve interesse em verificar a sua prevalência considerando a sua provável correlação com o *H. pylori*. Entre os 86 casos (1,72%) de gastrite de aspecto micronodular (incluindo localização em antro, corpo, ou ambos), realizou-se a pesquisa desta bactéria em 75 pacientes, os quais apresentaram resultados positivos em 29 deles (38,67%), com índices significativos entre os pacientes mais jovens, na faixa etária de 18 a 29 anos.

Verificou-se também que, com o avançar da idade, as taxas percentuais foram decrescentes, porém sem representação estatística. Embora essas prevalências tenham sido geralmente descritas na população infantil (40), este diagnóstico também foi observado em adultos, como relataram Zerbib et al. (41), quando encontraram a prevalência de 26,8% de gastrite nodular nestes pacientes infectados pelo *H. pylori*. Portanto, apesar da pequena amostragem pertencente a esta variável categórica, no presente estudo notou-se que os resultados obtidos foram coerentes com as outras pesquisas na mesma linha.

Em relação à frequência dos índices de diagnósticos de gastrite crônica, de modo geral, é variável e depende do enfoque diagnóstico do endoscopista. No que se refere aos achados endoscópicos encontrados em estudos nacionais, Coelho-Filho et al. (27) notou que a prevalência das gastrites crônicas atingiu 28,5%, com maiores alterações no sexo masculino e com idade igual ou superior a 45 anos. Pesquisas internacionais, como a de Schroeder (25), relatam resultado positivo para tal diagnóstico em 117 pacientes (19,3%) e a de Pierzchajlo et al. (10), em 431 exames (54,4%). Em ambos os trabalhos, não se especificou uma associação direta dessa anormalidade em relação às variáveis faixa etária e gênero.

É reconhecido que a gastrite crônica é muito frequente em indivíduos assintomáticos e a sua prevalência aumenta com a idade, podendo estar presente em mais de 50,0% dos indivíduos a partir da quinta década de vida (42). Nesta pesquisa, constatou-se que a faixa etária na qual esta doença estava mais presente foi em pacientes mais jovens (a partir dos 30 anos).

É mundialmente reconhecida ser a bactéria *H. pylori* a causa de gastrites crônicas e de outras doenças, tais como, úlceras gástricas ou duodenais, adenocarcinoma gástrico e linfoma gástrico tipo Malt (43).

Na doença ulcerosa gastroduodenal (DUP), a importância dessa bactéria em sua patogênese é bem conhecida, correlacionando-se em mais de 80% dos diagnósticos de úlcera gástrica, desde que seja afastada a utilização de AINEs (44) e em mais de 90% dos pacientes acometidos por úlcera duodenal.

Em publicação clássica de Siffert (45), o autor relata sua experiência no período de fevereiro de 1933 a outubro de 1957, baseada no estudo de 1.315 casos de úlceras gástricas ou duodenais verificadas em uma amostra de 11.573 pacientes com queixas digestivas (11,3%). As taxas de úlceras gástricas entre os homens corresponderam a 80,0% e as duodenais, a 83,0%. Já, entre as mulheres, as úlceras gástricas obtiveram taxas percentuais de 20,0% e as duodenais, 16,0%. Com estes resultados, concluiu-se que as úlceras duodenais foram prevalentes em relação às gástricas. Embora a diferença cronológica entre os trabalhos, no presente estudo observou-se também a prevalência da úlcera duodenal (19,34%) sobre a úlcera gástrica (9,10%), sendo o gênero masculino o mais acometido em ambos os casos.

Pesquisa realizada em pacientes jovens (25), não registrou nenhum caso de úlcera gástrica. No entanto, Agbakwuru et al. (23), descrevem em seu trabalho que o diagnóstico da doença gastrointestinal superior no seu país é muitas vezes feito com base em sinais e sintomas clínicos do paciente, em virtude da falta de instalações endoscópicas e dificuldade de acesso a tal procedimento. Em revisão de registros médicos de 882 pacientes, a média de idade foi 45 anos, com percentagem da úlcera gástrica de 9,1% e a da úlcera duodenal, 24,8%.

Alves (29) verificou em sua pesquisa que a úlcera péptica aumentou gradativamente a partir dos 30 anos de idade, com maior índice após os 45 anos. Já as lesões ulceradas pépticas gástrica, duodenal ou gastroduodenal, em conjunto, ocorreram mais frequentemente nos pacientes a partir de 30 anos de idade.

A prevalência do câncer gástrico no Brasil é um desafio para a Saúde Pública, de acordo com o INCA (46), é um dos mais frequentes no país e atinge mais a população masculina.

As neoplasias malignas gástricas revelam maior incidência no Japão, no Chile, na Finlândia e Islândia (47). Segundo publicação de Calvo et al. (48), em 4.145 EDAs efetuadas em pacientes oriundos de clínicas públicas de atendimento primário (embora o exame tenha sido feito em serviço secundário de saúde e alguns repetidos no mesmo paciente), observou-se prevalência de 1,2 %, também no gênero masculino, e idade

acima dos 40 anos. O diagnóstico de neoplasia maligna gástrica precoce teve maior prevalência em pacientes com menos de 60 anos e, os avançados, após os 59 anos.

Na casuística de 5.000 exames revisados, os índices prevalentes de neoplasias malignas gástricas (0,58%) foram observados nos pacientes com faixa etária a partir de 40 anos e com razão de risco crescente com o avançar da idade e no gênero masculino, sendo, a partir dos 60 anos, 26,94 vezes maior a chance para o diagnóstico dessa doença. Entre as origens de atendimento houve maior prevalência na UBS Jardim Itatinga, também com razão de risco (13,89) bem acima em relação às demais procedências.

É de suma importância a detecção de um câncer gástrico precoce, pois quando diagnosticado nesse estágio, a taxa de sobrevivência em cinco anos supera 90,0% de cura, além do fato de que dessa forma os custos para o Estado são bem menores.

Em publicação recente de um estudo retrospectivo e quantitativo em um hospital de referência em Teresina-Piauí (49), por meio da revisão de prontuários foram detectados 22 casos confirmados de câncer gástrico precoce atendidos de 2004 a 2009, com maior prevalência no gênero masculino e na faixa etária acima de 60 anos.

Quanto à taxa de neoplasia maligna gástrica avançada (65,52%) também se verificou, neste estudo, a maior frequência em pacientes com faixa etária a partir dos 40 anos e no gênero masculino. Assim como nos casos precoces, não se observaram predominâncias significativas entre as procedências dos pacientes.

Em trabalho de Dias e Luz (50), há relatos de que 90% dos casos verificados são de tumores avançados, valor esse considerado muito alto. Estes dados permitem aos autores concluir que essa doença permanece sendo diagnosticada tardiamente. Esta realidade também é presente em países como a Nigéria, onde há maior dificuldade para a realização da EDA (23).

Todavia a taxa de mortalidade vem caindo nas últimas décadas, principalmente à custa do diagnóstico mais precoce, na experiência maior dos cirurgiões, no avanço das condições anestésicas e na modernização do serviço de terapia intensiva. É

provável também que esses índices possam estar diminuindo em determinados grupos em consequência da erradicação do *H. pylori*.

Entre alguns dos fatores de risco está a ingestão de alimentos preservados no sal ou defumados e de condimentos. Esses envolvem em sua preparação a produção de nitrosaminas que são potencialmente carcinogênicas (51). Dentre outras causas predisponentes, também estão incluídos pacientes gastrectomizados, tabagismo, hereditariedade, entre outros.

Em contrapartida, são considerados fatores protetores contra essa doença o consumo de vegetais e frutas frescas (52, 53), higiene no preparo dos alimentos, adequação da dieta, não tabagismo e avaliações periódicas médicas de queixas gástricas e, especialmente, o tratamento para a erradicação da infecção pelo *H. pylori* (54).

No segmento duodenal detectou-se comprometimento em 1.648 (32,96%), com maior prevalência entre 40 e 59 anos e entre o gênero masculino (41,16%). Notou-se também que no gênero feminino, assim como ocorreu nos resultados das análises do segmento gástrico (24,17%), não houve alterações endoscópicas em 71,81% das mulheres e também não se verificaram valores estatisticamente representativos nas UBS.

Entre os poucos relatos de literatura, em que há a descrição dos resultados avaliados por segmento do tubo digestivo alto, embora sem correlação direta com outras variáveis (faixa etária e gênero), encontra-se o já citado estudo realizado em adultos canadenses com queixas dispépticas não investigadas e que foram submetidos à EDA (26). Entre os 1.040 pacientes integrantes da pesquisa, os autores notaram alterações endoscópicas duodenais em torno de 10,0% dos pacientes, sendo estas de menor acometimento quando comparadas às esofágicas e gástricas. Este índice revela um valor bem menor que o obtido no presente estudo.

Das doenças desse segmento, a úlcera duodenal foi prevalente a partir de 30 anos, e entre os homens a razão de risco foi bem maior quando comparada às mulheres. Aqui também os usuários que apresentavam essa doença eram oriundos das

UBS Jardim Itatinga, se bem que aqueles provenientes da UBS Vista Alegre e do AOV também apresentaram razão de risco bem maior quando comparados com outras procedências

Por mais de um século a doença ulcerosa péptica foi tratada principalmente com cirurgia, determinando importantes índices de morbidade e mortalidade. Nas duas últimas décadas, relevantes mudanças têm ocorrido na epidemiologia dessa doença (55) e, a partir de 1996, a literatura passou a relatar gradativa diminuição da sua prevalência.

É importante mencionar que a partir dos anos 70 foram introduzidos na prática clínica medicamentos capazes de suprimir a acidez gástrica, fato esse que possibilitou resultados clínicos satisfatórios relacionados à sintomatologia dolorosa e à cicatrização da lesão ulcerada. Talvez por isto, nos anos 80 a cirurgia eletiva para úlcera péptica declinou em torno de 85%. Outro fato de grande valor foi a introdução dos inibidores da bomba de prótons (omeprazol) no final desta década, o que assegurou melhores índices da cicatrização da doença ulcerosa (56).

Saul et al. (55) em estudo efetuado em um Serviço de Endoscopia Digestiva da cidade de Porto Alegre-RS, afirmaram que, em 13.130 pacientes submetidos à EDA, no período de 1996 a 2005, houve uma diminuição gradativa dos percentuais de prevalência de úlcera duodenal. Em 1996 contava-se com 8,6% e no final de 2005, com 3,3%. Com relação à idade dos pacientes, o mais jovem com úlcera duodenal tinha 16 anos e o mais idoso, 71 anos, e a faixa etária de maior acometimento registrada foi dos 35 aos 50 anos. Quanto ao gênero, predominou o masculino. Este trabalho não teve como objetivo a correlação da úlcera duodenal com a ingestão de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) ou com a contaminação pelo *H. pylori*, e sim, a prevalência desta doença. Sendo assim, tais resultados apresentam pontos em comum com o presente estudo.

De acordo com publicação de Chehter (57) a úlcera duodenal é a úlcera péptica de maior prevalência em quase todos os países. Nos EUA, a proporção é de quatro ou cinco para cada úlcera gástrica. Chamou atenção que a úlcera duodenal ainda continua

sendo mais frequente no sexo masculino, acometendo de 8% a 12% dos norte-americanos com uma incidência anual de 0,2 % para o gênero masculino e de 0,08 % para o feminino. Também enfatizou que a relação úlceras duodenal: gástrica nos anos 50, apresentava proporção de 20:1 e que, nos anos 80, passou a ser de 2:1. De qualquer forma, tem-se verificado que há uma aproximação evidente entre estas duas doenças, não só em relação à prevalência, mas também em relação ao gênero.

Diversas são as condições em que pode haver o comprometimento duodenal, tanto de forma aguda, tais como a ingestão abusiva do álcool etílico ou de AINEs, estresse emocional, diferentes tipos de infecções, quanto por causas crônicas, como as parasitárias, inflamatórias, doença celíaca, entre outras (58).

Na avaliação de diferentes grupos de pacientes dispépticos, Alves (29) constatou que entre 3.858 resultados de achados endoscópicos, na amostragem classificada como dispepsia inespecífica, o índice de duodenite foi o maior dentre os grupos analisados, com registro de 89 casos (2,3%). Faziam parte desse grupo os pacientes com média de idade de 40,1 anos e a maior parte era composta pelo sexo feminino.

Já em publicação internacional (25), estudo em pacientes jovens verificou, numa amostragem de 605 exames, que 35 deles (5,75%) apresentaram diagnóstico de duodenite à macroscopia na EDA ou por método histológico. Essa taxa é inferior à da atual casuística, provavelmente pelo fato de a amostragem referir-se a pacientes com idade até 35 anos. Valores muito próximos do presente estudo foram encontrados em uma amostra de 793 procedimentos endoscópicos, com índice de 16,9% de duodenites (10).

Nesta pesquisa, também foi avaliada em uma parcela da população a correlação da bactéria *H. pylori* com algumas doenças do tubo digestivo alto. Nos 5.000 exames revisados, 2.822 pacientes (56,44%) fizeram a pesquisa do *H. pylori* pelos métodos histológicos e/ou urease, com resultados positivos em 1.159 exames (41,07%). Apesar de não ter sido objetivo analisar a prevalência desta bactéria por origem de atendimento, foi observado que a maior parte dos pacientes oriundos da UBS Jardim Itatinga realizou a pesquisa do *H. pylori*. Dos 60 exames, 42 (70,00%) realizaram a

pesquisa, sendo este valor estatisticamente significativo, apesar de não ter sido notado o mesmo quando se avalia o índice de positividade nestes exames (30,95%).

Das doenças diagnosticadas nesta pesquisa, a úlcera duodenal foi a que apresentou correlação significativa com o *H. pylori*. É interessante notar que não houve prevalência estatística na úlcera gástrica.

Na doença ulcerosa, a importância dessa bactéria em sua patogênese é bem conhecida, estando presente em mais de 80% dos diagnósticos de úlcera gástrica, desde que seja afastada a utilização de AINEs e em mais de 90% dos pacientes acometidos com úlcera duodenal. Importante salientar que em várias partes do mundo, tais como Austrália, EUA e algumas regiões da China, tem sido cada vez mais diagnosticada a úlcera gastroduodenal *H. pylori* (59).

Dos 455 casos (9,10%) de pacientes com diagnóstico de úlcera gástrica, 430 efetuaram a pesquisa do *H. pylori* e o resultado foi positivo em 202 (46,98%). Em relação à úlcera duodenal, entre os 967 (19,34%) dos pacientes acometidos por esta doença, 913 realizaram a pesquisa, 448 (49,07%) obtiveram resultados positivos para esta bactéria, sendo estatisticamente significativo.

Deve-se mencionar que, apesar de estatisticamente significativa a presença da bactéria *H. pylori* na úlcera duodenal, os valores estão muito aquém daqueles obtidos em estudos prospectivos e com desenho adequado do ponto de vista diagnóstico. Isto demonstra a dificuldade que ainda persiste no serviço de menor complexidade de saúde quando se necessita de exames fora da UBS. Contudo, do ponto de vista prático, se fosse disponível apenas o teste da urease, com controle de qualidade adequada, poder-se-ia lançar mão apenas deste exame nos pacientes de atendimento primário.

Em relação à taxa de normalidade da população estudada, o exame de EDA foi considerado endoscopicamente normal quando não apresentou nenhuma das alterações já citadas na metodologia do exame. Como foi descrito em 604 laudos (12,08%), não se observou nenhuma anormalidade no trato digestivo alto. Este grupo

de pacientes era em sua maior parte composto pelo gênero feminino e por pacientes jovens de faixa etária entre 18 e 29 anos (25,32%).

Vale ressaltar que com o avançar da idade a taxa de normalidade foi decrescente, bem como os seus valores percentuais correspondentes, já que entre os pacientes, a partir de 60 anos, verificou-se o menor índice de normalidade (2,76%).

Comparando-se o atual resultado com os dados de Alves (29) também encontrou prevalência de exames normais para o gênero feminino (9,1%), porém, em relação à idade, a média foi de 33,8 anos, em ambos os gêneros, diferente do observado na presente casuística. Porém, entre os pacientes acima de 50 anos, o percentual de normalidade foi apenas de 3,8%, contra 5,47% deste estudo.

Durães et al. (28), por sua vez, detectaram 19,8% de achados normais ao exame endoscópico, valor esse mais frequente no gênero feminino e na faixa etária entre 30 e 59 anos.

Neste sentido, os trabalhos acima citados corroboram para o fato de que o gênero feminino apresenta um maior índice de normalidade dos exames endoscópicos, embora as faixas etárias sejam distintas em cada um deles.

Considerando que 6,94% dos exames revelaram diagnóstico exclusivamente de gastrite enantematosa leve e que, muito provavelmente, não tinha correlação com a sintomatologia referida pelo paciente, é muito provável que a somatória destes doentes com os exames estritamente normais, que somam 19,02%, sejam pacientes dispépticos funcionais.

Em relação à taxa de normalidade de EDA oferecida para serviço fundamentalmente de atenção primária não foram encontrados relatos até o momento na literatura nacional (28).

Al-Romaih e Al-Sheri (24) confirmaram em seu estudo índice de normalidade de 11,3%, valor próximo ao aqui verificado, bem como em relação à faixa etária (15 a 85 anos). Os autores também mencionam valores de normalidade em outros serviços de atendimento primário na Arábia Saudita em torno de 23,5% a 29,0%. Na Itália, Hassan

et al. (30), avaliando um total de 6.270 pacientes pertencentes a 44 centros de atendimento primário de saúde descrevem que a taxa de normalidade nessa comunidade esteve em torno de 15,1%, com pequena prevalência no gênero masculino (51,0%) e com média de idade de 59 anos.

Na literatura mundial, descreve-se a tendência da realização de procedimentos endoscópicos diagnósticos por médicos generalistas (10) e mesmo por outros profissionais da área de saúde, embora não tenham formação específica nesta área. Em alguns países, enfermeiros vem se especializando em endoscopia digestiva e fazendo parte de equipes que realizam tal procedimento.

Em pesquisa realizada na Holanda (60) para determinar a aceitação dos gastroenterologistas sobre o papel desempenhado pelas enfermeiras endoscopistas, enviou-se um questionário para médicos e residentes da área, onde a maioria expressou atitude positiva a este respeito.

De acordo com Beilenhoff e Neumann (61) , as unidades de endoscopia digestiva, de um modo geral, podem ser estabelecidas em hospitais, centros de endoscopia ambulatorial e serviços de atenção primária, desde que a qualidade seja a mesma, com equipe responsável pelos cuidados integrais de atenção ao paciente durante o pré, intra e pós-procedimento,

Diante dos resultados avaliados nesta casuística, observou-se que a agilidade entre a solicitação e a execução deste procedimento apresenta o seu valor na elucidação de diagnósticos relevantes para o paciente, tais como as neoplasias malignas esofágica e gástrica, reforçando a viabilidade da realização da EDA em serviços de atenção primária, com atuação multidisciplinar integrada, visando ao bem-estar e segurança do paciente.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Após o estudo retrospectivo de 5.000 laudos de EDA diagnóstica realizadas em uma população de atendimento primário na região sudoeste do município de Campinas, São Paulo-Brasil, concluiu-se que:

- O maior número de exames foi efetuado nos pacientes com faixa etária de 40 a 49 anos, independente do gênero;
- Verificaram-se anormalidades endoscópicas significativas nos segmentos esofágico, gástrico e duodenal a partir dos 40 anos de idade;
- O gênero feminino se submeteu mais ao procedimento do que o masculino;
- Embora as mulheres tenham realizado um maior número de exames do que os homens, os resultados de doenças diagnosticadas no tubo digestivo alto foram prevalentes nos homens;
- De acordo com os índices obtidos nesta pesquisa, foi possível notar que a frequência das úlceras gástrica e duodenal permanece elevada nesta região;
- Constatou-se a existência de diagnósticos relevantes nesta população, representados pelas neoplasias malignas precoce e avançada nos segmentos esofágico e gástrico;
- Entre as origens de atendimento, destacou-se a UBS Jardim Itatinga, onde se encontraram grande parte de doenças do tubo digestivo alto, apesar da quantidade limitada de exames avaliados nesta população. Provavelmente, estes resultados estejam associados às condições socioeconômicas do local;
- Entre as doenças diagnosticadas e correlacionadas com a pesquisa do *Helicobacter pylori*, resultados estatisticamente significativos foram identificados nos casos de úlcera duodenal, embora abaixo do esperado. Provavelmente, o material utilizado tenha se mostrado inadequado para tal finalidade, influenciando este resultado;
- A taxa de pacientes com exames considerados normais resultou em 12,08%, somando-se com 6,94% dos diagnosticados como gastrite enantematosa leve, totalizando em torno de 20%. Infere-se, portanto que

estes pacientes de atenção primária à saúde, apresentavam, provavelmente dispepsia funcional. Valor este inferior aos descritos em outras pesquisas;

- Não houve relato de nenhuma complicação decorrente do procedimento nesta casuística. Este fato contribuiu para a observação de que toda a equipe envolvida no exame de EDA funcionou de modo harmônico e eficaz, levando também a uma avaliação satisfatória do serviço, expressa voluntariamente por alguns pacientes, e
- A análise global deste estudo sugere a viabilidade da implantação da EDA diagnóstica no atendimento primário de saúde, desde que o serviço seja bem estruturado, com equipe multidisciplinar integrada e capacitada. Ressalta-se também a importância de que este serviço tenha uma ligação direta e de fácil acesso com um hospital de maior complexidade, em caso de eventuais complicações do procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gibbs DD. The History of Gastrointestinal Endoscopy. In: Schilleer KFR, Salmon PR, editors. Modern Topics in Gastrointestinal Endoscopy. Chicago: WS Heineman Imported Books; 1976. p. 1-14.
2. Keele KD. The evolution of clinical methods in medicine: Springfield (IL): Thomas Publisher; 1963. 115 p.
3. Sircus W. Milestones in the evolution of endoscopy: a short history. J R Coll Physicians Edinb. 2003;33(2):124-34.
4. Brown KHD. Origins of esophagology. J R Soc Med. 1969;62:781-6.
5. Booth CC. What has technology done to gastroenterology? Gut. 1985;26(10):1088-94.
6. Schindler R. Gastroscopy: the endoscopic study of gastric pathology. 2 ed. New York: Hafner Publishing Company; 1966. 1-13 p.
7. Uji T, Shirotokoro T, Hayashida T. The gastroscope. Tokyo Med J. 1952;61:135-8.
8. Hirschowitz BI. A personal history of the fiberscope. Gastroenterology. 1979;76(4):864-9.
9. Sivak MV. Endoscopic technology: Is this as good as it gets? Gastrointest Endosc. 1999;50(5):718-21.
10. Pierzchajlo RP, Ackermann RJ, Vogel RL. Esophagogastroduodenoscopy performed by a family physician: a case series of 793 procedures. J Fam Pract. 1998;46(1):41-6.
11. Galloway JM, Gibson J, Dalrymple J. Endoscopy in primary care: a survey of current practice. Br J Gen Pract. 2002;52(480):536-8.
12. Gastrointestinal endoscopy in general practice. Gut [on-line]. 1994 October [Acesso em 13 out 2011]; 35(10):1342. Disponível em: URL: <http://gut.bmj.com/content/35/10/1342.short>.
13. Primary Care Society for Gastroenterology. Endoscopy Subcommittee. Endoscopy in primary care: a report by the endoscopy subcommittee of the Primary Care Society for Gastroenterology [on-line]. London (UK): Primary Care Society for Gastroenterology; 2001 May [Acesso em 12 out 2011].

Disponível em: URL:

<http://www.pcsq.org.uk/storage/documents/EndoscopyInPrimaryCare2001.pdf>.

14. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc saúde colet*. 1999;4(2):393-403.
15. Misiewicz JJ. The Sydney System: a new classification of gastritis. Introduction. *J Gastroenterol Hepatol*. 1991;6(3):207-8.
16. Hosmer DW, Lemeshow S. Model-building strategies and methods for logistic regression. In: Hosmer DW, Lemeshow S, editors. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley; 1989. p. 82-134.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios [on-line]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990 Dezembro [Acesso em 15 jan 2012]. Disponível em: URL: <http://www.fop.unicamp.br/saudecoletiva/files/ABCdoSUS.pdf>.
18. Brasil. Prefeitura Municipal de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Estrutura do SUS - Campinas [on-line]. Campinas (SP): Secretaria Municipal de Campinas; 2009 [Acesso em 15 jan 2012]. Disponível em: URL: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>.
19. Taveira LN, Ricci TC, Queiroz MTA, Zeitune JMR. Endoscopia digestiva alta na rede pública de saúde do Brasil: análise quantitativa por estados e regiões do país. *GED gastroenterol endosc dig*. 2011;30(4):142-7.
20. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Coordenadoria de Informação e Informática. População por faixa etária e sexo das áreas de abrangência do CS e Distritos de Saúde, 2000-2005 [on-line]. Campinas (SP): TabNet; 2005 [Acesso em 11 out 2006]. Disponível em: URL: <http://tabnet.saude.campinas.sp.gov.br>.
21. Hutson WR, Roehrkasse RL, Wald A. Influence of gender and menopause on gastric emptying and motility. *Gastroenterology*. 1989;96(1):11-7.
22. Lorena SLS, Tinois E, Hirata ES, Cunha ML, Brunetto SQ, Camargo EE, et al. Estudo do esvaziamento gástrico e da distribuição intragástrica de uma dieta sólida através da cintilografia: diferenças entre os sexos. *Arq Gastroenterol*. 2000;37(2):102-6.
23. Agbakwuru EA, Fatusi AO, Ndububa DA, Alatise OI, Arigbabu OA, Akinola DO. Pattern and validity of clinical diagnosis of upper gastrointestinal diseases in south-west Nigeria. *Afr Health Sci*. 2006;6(2):98-103.

24. Al-Romaih WR, Al-Shehri AM. Appropriateness of upper gastrointestinal endoscopy referrals from primary health care. *Ann Saudi Med*. 2006;26(3):224-7.
25. Schroeder P. Upper gastrointestinal endoscopy at a student health centre. *Scand J Prim Health Care*. 1990;8(4):191-5.
26. Thomson ABR, Barkun AN, Armstrong D, Chiba N, White RJ, Daniels S, et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment–Prompt Endoscopy (CADET–PE) study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17(12):1481-91.
27. Coelho-Filho JM, Lima JWO, Furtado GB, Castelo A. Desenvolvimento de uma estratégia para otimizar a indicação de endoscopia digestiva alta em pacientes com dispepsia atendidos em nível primário de saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2000;46(1):30-8.
28. Durães ESM, Fabris MR, Faraco AJ, Madeira K, Luca LR. Análise dos achados endoscópicos em pacientes com dispepsia atendidos no serviço de endoscopia do Hospital São João Batista, Criciúma-SC, no período de outubro de 2008 a março de 2009. *GED gastroenterol endosc dig*. 2010;29(3):73-8.
29. Alves JS. 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 - Doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.
30. Hassan C, Bersani G, Buri L, Zullo A, Anti M, Bianco MA, et al. Appropriateness of upper-GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. *Gastroint Endosc*. 2007;65(6):767-74.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer do esôfago. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [on-line]. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Brasília (DF): INCA; 2011 [Acesso em 15 jan 2012]. Disponível em: URL: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>.
32. Queiroga RC, Pernambuco AP. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(2):173-8.

33. Hashimoto CL, Iriya K, Baba ER, Navarro-Rodriguez T, Zerbini MC, Eisig JN, et al. Lugol's dye spray chromoendoscopy establishes early diagnosis of esophageal cancer in patients with primary head and neck cancer. *Am J Gastroenterol*. 2005;100(2):275-82.
34. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad Saúde Pública*. 2007;23 Suppl 1:13-22.
35. Resende JM, Rosa H, Vaz MGM, Andrade Sá N, Porto JD, Neves Neto J, et al. Endoscopia no megaesôfago: estudo prospectivo de 600 casos. *Arq gastroenterol*. 1985;22(2):53-62.
36. Oikonomidou E, Anastasiou F, Pilpilidis I, Kouroumalis E, Lionis C. Upper gastrointestinal endoscopy for dyspepsia: exploratory study of factors influencing patient compliance in Greece. *BMC Gastroenterol*. 2011;11(1):11-9.
37. Ahlawat SK, Richard Locke G, Weaver AL, Farmer SA, Yawn BP, Talley NJ. Dyspepsia consultants and patterns of management: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22(3):251-9.
38. Silva FM. Dispepsia: caracterização e abordagem. *Rev Med (São Paulo)*. 2008;87(4):213-23.
39. 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.
40. Rosh J, Kurfist L, Benkov K, Toor A, Bottone E, LeLeiko N. *Helicobacter pylori* and gastric lymphonodular hyperplasia in children. *Am J Gastroenterol*. 1992;87(1):135-9.
41. Zerbib F, Vialette G, Cayla R, Rudelli A, Sauvet P, Bechade D, et al. Les gastrites folliculaires de l'adulte: relations avec *Helicobacter pylori*, aspects histologiques et endoscopiques. *Gastroenterol Clin Biol*. 1993;17(8-9):529-34.
42. Siurala M, Sipponen P, Kekki M. Chronic gastritis: dynamic and clinical aspects. *Scand J Gastroenterol*. 1985;20(109 Suppl):69-76.
43. Ding SZ, Minohara Y, Fan XJ, Wang J, Reyes VE, Patel J, et al. *Helicobacter pylori* infection induces oxidative stress and programmed cell death in human gastric epithelial cells. *Infect Immun*. 2007;75(8):4030-9.
44. Ribeiro AQ, Sevalho G, César CC. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs and the occurrence of gastric lesions among patients

- undergoing upper endoscopy in a university hospital in Brazil. *Clinics*. 2006;61(5):409-16.
45. Siffert G. Epidemiology and clinical aspects of peptic ulcer in Brazil. In: World Congress of Gastroenterology, 1958. American Gastroenterological Association; Washington: Williams & Wilkins Company; 1958. p. 48-52.
 46. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA; 2003. 208p. v.3.
 47. Muraro CLPM. Câncer gástrico precoce: contribuição ao diagnóstico e resultado do tratamento cirúrgico. *Rev Col Bras Cir*. 2003;30(5):352-8.
 48. Calvo BA, Pruyas AM, Nilsen VE, Verdugo LP. Pesquisa poblacional de câncer gástrico em pacientes sintomáticos digestivos, período 1996-2000. *Rev méd Chile*. 2001;129(7):749-55.
 49. Campelo JCL, Lima LC. Perfil clinicoepidemiológico do câncer gástrico precoce em um hospital de referência em Teresina, Piauí. *Rev Bras Cancerol*. 2012;58(1):15-20.
 50. Dias LAN, de Almeida Luz M. O início de uma nova era no tratamento do câncer gástrico avançado. *Prat hosp*. 2007(53):133-8.
 51. Jakszyn P, González CA. Nitrosamine and related food intake and gastric and oesophageal cancer risk: a systematic review of the epidemiological evidence. *World J Gastroenterol*. 2006;12(27):4296-303.
 52. Botterweck AAM, van den Brandt PA, Goldbohm RA. Vitamins, carotenoids, dietary fiber, and the risk of gastric carcinoma: results from a prospective study after 6.3 years of follow-up. *Cancer*. 2000;88(4):737-48.
 53. Larsson SC, Bergkvist L, Wolk A. Fruit and vegetable consumption and incidence of gastric cancer: a prospective study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15(10):1998-2001.
 54. Coelho LGV, Freitas Coelho MC. Enfermidades pépticas e *Helicobacter pylori*. *Rev Bras Med*. 2007;64:132-9.
 55. Saul C, Teixeira CR, Pereira-Lima JC, Torresini RJS. Redução da prevalência de úlcera duodenal: um estudo brasileiro (análise retrospectiva na última década: 1996-2005). *Arq Gastroenterol*. 2007;44(4):320-4.
 56. Sach G. Proton pump inhibitors and acid: related diseases. *Pharmacotherapy*. 1997;17:22-37.

57. Chehter L. Úlcers pépticos gastroduodenales. Rev Med Bras. 1999(1):1-6.
58. Chan FK, Leung WK. Peptic-ulcer disease. Lancet. 2002;360:933-41.
59. Go MF. Drug injury in the upper gastrointestinal tract: nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Gastroint Endosc Clin N Am. 2006;16(1):83-97.
60. Van Putten PG, Van Leerdam ME, Kuipers EJ. The views of gastroenterologists about the role of nurse endoscopists, especially in colorectal cancer screening. Aliment Pharmacol Ther. 2009;29(8):892-7.
61. Beilenhoff U, Neumann CS. Quality assurance in endoscopy nursing. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2011;25(3):371-85.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1 Prevalência de doenças no segmento esofágico de acordo com a variável categórica faixa etária

SEGMENTO ESOFÁGICO	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	18-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
SEM DOENÇA	743	834	884	639	602	3.702
%	86,30	77,73	74,10	68,56	63,97	
COM DOENÇA	118	239	309	293	339	1.298
%	13,70	22,27	25,90	<u>31,44*</u>	<u>36,03*</u>	
TOTAL	861	1.073	1.193	932	941	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 2 Prevalência de doenças no segmento esofágico de acordo com a variável categórica gênero

SEGMENTO ESOFÁGICO	GÊNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SEM DOENÇA	2.499	1.203	3.702
%	<u>79,06*</u>	65,42	
COM DOENÇA	662	636	1.298
%	20,94	<u>34,58*</u>	
TOTAL	3.161	1.839	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 3 Frequência de doenças no segmento esofágico de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº. DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	SEM DOENÇA	COM DOENÇA	TOTAL
DIC I %	169 74,78	57 25,22	226
DIC III %	204 74,45	70 25,55	274
Sta.Lúcia %	237 72,04	92 27,96	329
Campos Elíseos %	214 77,82	61 22,18	275
Aeroporto %	161 75,94	51 24,06	212
Jd.Capivari %	199 76,54	61 23,46	260
União dos Bairros %	162 80,20	40 19,80	202
Vista Alegre %	176 78,22	49 21,78	225
São Cristovão %	130 72,22	50 27,78	180
CAIC %	26 74,29	9 25,71	35
Jd.Itatinga %	43 71,6	17 28,33	60
Ouro Verde %	1.184 72,15	457 27,85	1.641
Outros %	797 73,73	284 26,27	1.081
TOTAL	3.702	1.298	5.000

(p=0,322) teste Qui-quadrado

ANEXO 4 Resultados totais das análises da razão de risco para as esofagites, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R. *	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	<0,001	1,91	1,66 – 2,19
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	<0,001	1,70	1,32 – 2,19
	40-49 anos	<0,001	2,04	1,59 – 2,60
	50-59 anos	<0,001	2,20	1,71 – 2,84
	>=60 anos	<0,001	2,97	2,32 – 3,81
ORIGEM DE ATENDIMENTO	Vista Alegre (ref.)	-	1,00	-
	União dos Bairros	0,791	1,07	0,65 – 1,76
	Campos Elíseos	0,511	1,17	0,74 – 1,84
	Jardim Capivari	0,454	1,19	0,75 – 1,89
	Aeroporto	0,431	1,21	0,75 – 1,96
	Ouro Verde	0,140	1,32	0,91 – 1,90
	DIC I	0,245	1,32	0,83 – 2,11
	São Cristovão	0,135	1,45	0,89 – 2,37
	DIC III	0,099	1,45	0,93 – 2,27
	Sta Lúcia	0,060	1,51	0,98 – 2,31
	CAIC	0,238	1,65	0,72 – 3,80
	Jd. Itatinga	0,106	1,73	0,89 – 3,38
	Outros	0,215	1,27	0,87 - 1,84

*OR (Odds Ratio) = Razão de risco da esofagite; (n=3934 sem esofagite e n=1066 com esofagite). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência.

ANEXO 5 Frequência total das esofagites, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADO DOS EXAMES		
	SEM ESOFAGITE	COM ESOFAGITE	TOTAL
DIC I %	177 78,32	49 21,68	226
DIC III %	210 76,64	64 23,36	274
Sta.Lúcia %	250 75,99	79 24,01	329
Campos Elíseos %	221 80,36	54 19,64	275
Aeroporto %	169 79,72	43 20,28	212
Jd.Capivari %	208 80,00	52 20,00	260
União dos Bairros %	165 81,68	37 18,32	202
Vista Alegre %	186 82,67	39 17,33	225
São Cristovão %	138 76,67	42 23,33	180
CAIC %	26 74,29	9 25,71	35
Jd.Itatinga %	44 73,33	16 26,67	60
Ouro Verde %	1.286 78,37	355 21,63	1.641
Outros %	854 79,00	227 21,00	1.081
TOTAL	3.934	1.066	5.000

(p=0,767) teste Qui-quadrado

ANEXO 6 Prevalência das esofagites erosiva e não erosiva de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADO DOS EXAMES		
	NÃO EROSIVA	EROSIVA	TOTAL
DIC I %	26 53,06	23 46,94	49
DIC III %	18 28,13	46 <u>71,88*</u>	64
Sta.Lúcia %	44 55,70	35 44,30	79
Campos Elíseos %	30 55,56	24 44,44	54
Aeroporto %	19 44,19	24 55,81	43
Jd.Capivari %	19 36,54	33 <u>63,46*</u>	52
União dos Bairros %	16 43,24	21 56,76	37
Vista Alegre %	19 48,72	20 51,28	39
São Cristovão %	19 45,24	23 54,76	42
CAIC %	5 55,56	4 44,44	9
Jd.Itatinga %	10 <u>62,50*</u>	6 37,50	16
Ouro Verde %	140 39,44	215 <u>60,56*</u>	355
Outros %	104 45,81	123 54,19	227
TOTAL	469	597	1.066

*(p=0,027) teste Qui-quadrado

ANEXO 7 Prevalência das hérnias hiatais de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO No. DE EXAMES	RESULTADO DOS EXAMES		
	SEM HÉRNIA	COM HÉRNIA	TOTAL
DIC I %	217 96,02	9 3,98	226
DIC III %	266 <u>97,08*</u>	8 2,92	274
Sta.Lúcia %	318 96,66	11 3,34	329
Campos Elíseos %	267 <u>97,09*</u>	8 2,91	275
Aeroporto %	207 <u>97,64*</u>	5 2,36	212
Jd.Capivari %	248 95,38	12 4,62	260
União dos Bairros %	197 <u>97,52*</u>	5 2,48	202
Vista Alegre %	218 96,89	7 3,11	225
São Cristovão %	176 <u>97,78*</u>	4 2,22	180
CAIC %	35 <u>100,00*</u>	0 0,00	35
Jd.Itatinga %	53 88,33	7 <u>11,67*</u>	60
Ouro Verde %	1.539 93,78	102 <u>6,22*</u>	1.641
Outros %	1.034 95,65	47 4,35	1.081
TOTAL	4.775	225	5.000

*(p=0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 8 Resultados totais das análises da razão de risco para as neoplasias malignas do esôfago, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária, e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R.*	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	0,003	6,91	1,95 – 24,53
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	40-49 anos	0,230	3,62	0,17 – 75,40
	50-59 anos	0,054	8,35	0,45 – 55,33
	>=60 anos	0,004	17,55	1,02 – 302,04
ORIGEM DE ATENDIMENTO	Santa Lúcia (ref)	-	1,00	-
	Campos Elíseos	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	Aeroporto	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	União dos Bairros	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	CAIC	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	Ouro Verde	0,272	2,62	0,15 – 46,60
	DIC III	0,273	3,61	0,15 – 89,08
	DIC I	0,228	4,38	0,18 – 108,09
	Vista Alegre	0,227	4,40	0,18 – 108,57
	São Cristovão	0,176	5,51	0,22 – 135,88
	Jd. Capivari	0,111	6,37	0,30 – 133,33
	Jd.Itatinga	<0,001	28,16	1,34 – 594,11
	Outros	0,581	0,91	0,04 – 22,51

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para câncer esofágico; (n=4985 sem câncer esofágico e n=15 com câncer esofágico). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência.

ANEXO 09 Prevalência total das neoplasias malignas esofágicas,
de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADO DOS EXAMES		
	SEM NEOPLASIA	COM NEOPLASIA	TOTAL
DIC I %	225 99,56	1 0,44	226
DIC III %	273 99,64	1 0,36	274
Sta.Lúcia %	329 100,00	0 0,00	329
Campos Elíseos %	275 100,00	0 0,00	275
Aeroporto %	212 100,00	0 0,00	212
Jd.Capivari %	258 99,23	2 0,77	260
União dos Bairros %	202 100,00	0 0,00	202
Vista Alegre %	224 99,56	1 0,44	225
São Cristovão %	179 99,44	1 0,56	180
CAIC %	35 100,00	0 0,00	35
Jd.Itatinga %	58 96,67	2 <u>3,33*</u>	60
Ouro Verde %	1.635 99,63	6 0,37	1.641
Outros %	1.080 99,91	1 0,09	1.081
TOTAL	4.985	15	5.000

*(p=0,011) teste exato de Fisher

ANEXO 10 Prevalência das neoplasias malignas esofágicas precoce e avançada, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADO DOS EXAMES		
	AVANÇADA	PRECOCE	TOTAL
DIC I %	1 <u>100,00*</u>	0 0,00	1
DIC III %	1 <u>100,00*</u>	0 0,00	1
Jd.Capivari %	2 <u>100,00*</u>	0 0,00	2
Vista Alegre %	1 <u>100,00*</u>	0 0,00	1
São Cristovão %	1 <u>100,00*</u>	0 0,00	1
Jd.Itatinga %	0 0,00	2 <u>100,00*</u>	2
Ouro Verde %	6 <u>100,00*</u>	0 0,00	6
Outros %	0 0,00	1 <u>100,00*</u>	1
TOTAL	12	3	15

*(p=0,040) teste exato de Fisher

ANEXO 11 Prevalência dos casos sugestivos de megaesôfago, de acordo com a variável categórica faixa etária

MEGAESÔFAGO	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	18-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
SEM DOENÇA	861	1.073	1.189	930	936	4.989
%	100,00	100,00	99,66	99,79	99,47	
COM DOENÇA	0	0	4	2	5	11
%	0,00	0,00	<u>0,34*</u>	0,21	<u>0,53*</u>	
TOTAL	861	1.073	1.193	932	941	5.000

*(p=0,036) teste exato de Fisher

ANEXO 12 Frequência dos casos sugestivos de megaesôfago, de acordo com a variável categórica gênero

MEGAESÔFAGO	GÊNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SEM DOENÇA	3.157	1.832	4.989
%	99,87	99,62	
COM DOENÇA	4	7	11
%	0,13	0,38	
TOTAL	3.161	1.839	5.000

(p=0,112) teste exato de Fisher

Anexo 13 Frequência dos casos sugestivos de megaesôfago, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO	RESULTADO DOS EXAMES		
	SEM MEGAESÔFAGO	COM MEGAESÔFAGO	TOTAL
DIC I %	225 99,56	1 0,44	226
DIC III %	274 100,00	0 0,00	274
Sta.Lúcia %	329 100,00	0 0,00	329
Campos Elíseos %	275 100,00	0 0,00	275
Aeroporto %	211 99,53	1 0,47	212
Jd.Capivari %	259 99,62	1 0,38	260
União dos Bairros %	202 100,00	0 0,00	202
Vista Alegre	224 99,56	1 0,44	225
São Cristovão %	180 100,00	0 100,00	180
CAIC %	35 100,00	0 0,00	35
Jd.Itatinga %	59 98,33	1 1,67	60
Ouro Verde %	1.637 99,76	4 0,24	1.641
Outros %	1.079 99,81	2 0,19	1.081
TOTAL	4.989	11	5.000

(p=0,450) teste exato de Fisher

ANEXO 14 Prevalência de doenças no segmento gástrico, de acordo com a variável categórica faixa etária

SEGMENTO GÁSTRICO	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	18-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
SEM DOENÇA	306	290	221	116	80	1.013
%	35,54	27,03	18,52	12,45	8,50	
COM DOENÇA	555	783	972	816	861	3.987
%	64,46	72,97	<u>81,48*</u>	<u>87,55*</u>	<u>91,50*</u>	
TOTAL	861	1.073	1.193	932	941	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 15 Prevalência de doenças no segmento gástrico, de acordo com a variável categórica gênero

SEGMENTO GÁSTRICO	GÊNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SEM DOENÇA	764	249	1.013
%	<u>24,17*</u>	13,54	
COM DOENÇA	2.397	1.590	3.987
%	75,83	<u>86,46*</u>	
TOTAL	3.161	1.839	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 16 Frequência de doenças gástricas, de acordo
com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
Nº. DE EXAMES			
DIC I	53	173	226
%	23,45	76,55	
DIC III	63	211	274
%	22,99	77,01	
Sta.Lúcia	79	250	329
%	24,01	75,99	
Campos Elíseos	54	221	275
%	19,64	80,36	
Aeroporto	41	171	212
%	19,34	80,66	
Jd.Capivari	52	208	260
%	20,00	80,00	
União dos Bairros	45	157	202
%	22,28	77,72	
Vista Alegre	41	184	225
%	18,22	81,78	
São Cristovão	38	142	180
%	21,11	78,89	
CAIC	7	28	35
%	20,00	80,00	
Jd.Itatinga)	10	50	60
%	16,67	83,33	
Ouro Verde	331	1.310	1.641
%	20,17	79,83	
Outros	199	882	1.081
%	18,41	81,59	
TOTAL	1.013	3.987	5.000

(p=0,643) teste Qui-quadrado

ANEXO 17 Resultados das análises da razão de risco para as gastrites crônicas, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R*	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	<0,001	1,61	1,40 – 1,86
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	<0,001	1,42	1,18 – 1,72
	40-49 anos	<0,001	2,09	1,72 – 2,54
	50-59 anos	<0,001	2,69	2,17 – 3,34
	>=60 anos	<0,001	3,30	2,64 – 4,14
ORIGEM DE ATENDIMENTO	Santa Lúcia (ref.)	-	1,00	-
	Ouro Verde	0,731	1,05	0,80 – 1,37
	DIC I	0,776	1,06	0,72 – 1,56
	CAIC	0,895	1,06	0,48 – 2,34
	DIC III	0,663	1,09	0,75 – 1,56
	São Cristovão	0,668	1,10	0,72 – 1,66
	União dos Bairros	0,611	1,11	0,74 – 1,66
	Campos Elíseos	0,504	1,13	0,79 – 1,64
	Jd. Capivari	0,363	1,19	0,82 – 1,74
	Aeroporto	0,146	1,36	0,90 – 2,04
	Vista Alegre	0,116	1,38	0,92 – 2,07
	Jd.Itatinga	0,103	1,82	0,89 – 3,75
	Outros	0,064	1,31	0,99 – 1,74

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco pela gastrite; (n=1209 sem gastrite e n=3791 com gastrite).
IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência

ANEXO 18 Frequência de gastrites crônicas, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	58 25,66	168 73,34	226
DIC III %	69 25,18	205 74,82	274
Sta.Lúcia %	88 26,75	241 73,25	329
Campos Elíseos %	67 24,36	208 75,64	275
Aeroporto %	45 21,23	167 78,77	212
Jd.Capivari %	61 23,46	199 76,54	260
União dos Bairros %	50 24,75	152 75,25	202
Vista Alegre %	47 20,89	178 79,11	225
São Cristovão %	45 25,00	135 75,99	180
CAIC %	9 25,71	26 74,29	35
Jd.Itatinga %	10 16,67	50 83,33	60
Ouro Verde %	424 25,84	1.217 74,16	1.641
Outros %	236 21,83	845 78,17	1.081
TOTAL	1.209	3.791	5.000

(p=0,468) teste Qui-quadrado

ANEXO 19 Prevalência de gastrites de aspecto micronodular, de acordo com a variável categórica faixa etária

GASTRITE MICRONODULAR	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	18-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
SEM DOENÇA	837	1.052	1.173	919	933	4.914
%	97,21	98,04	98,32	98,61	99,15	
COM DOENÇA	24	21	20	13	8	86
%	<u>2,79*</u>	1,96	1,68	1,39	0,85	
TOTAL	861	1.073	1.193	932	941	5.000

*(p=0,027) teste Qui-quadrado

ANEXO 20 Frequência de gastrites de aspecto micronodular, de acordo com a variável categórica gênero

GASTRITE MICRONODULAR	GÊNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SEM DOENÇA	3.105	1.809	4.914
%	98,23	98,37	
COM DOENÇA	56	30	86
%	1,77	1,63	
TOTAL	3.161	1.839	5.000

(p=0,713) teste Qui-quadrado

ANEXO 21 Frequência de gastrites de aspecto micronodular, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	223 98,67	3 1,33	226
DIC III %	264 96,35	10 3,65	274
Sta.Lúcia %	324 98,48	5 1,52	329
Campos Elíseos %	268 97,45	7 2,55	275
Aeroporto %	208 98,11	4 1,89	212
Jd.Capivari %	258 99,23	2 0,77	260
União dos Bairros %	200 99,01	2 0,99	202
Vista Alegre %	223 99,11	2 0,89	225
São Cristovão %	180 100,00	0 0,00	180
CAIC %	35 100,00	0 0,00	35
Jd.Itatinga %	59 98,33	1 1,67	60
Ouro Verde %	1.616 98,48	25 1,52	1.641
Outros %	1.056 97,69	25 2,31	1.081
TOTAL	4.914	86	5.000

(p=0,202) teste exato de Fisher

ANEXO 22 Resultados das análises da razão de risco para a úlcera gástrica, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R.*	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	<0,001	1,52	1,25 – 1,85
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	<0,031	1,96	1,06 – 3,60
	40-49 anos	<0,001	6,60	3,83-11,36
	50-59 anos	<0,001	9,06	5,26-15,59
	>=60 anos	<0,001	10,69	6,23-18,34
ORIGEM DE ATENDIMENTO	São Cristovão(ref.)	-	1,00	-
	DIC III	0,747	1,16	0,48 – 2,82
	DIC I	0,441	1,42	0,58 – 3,46
	União dos Bairros	0,302	1,60	0,66 – 3,91
	Aeroporto	0,273	1,64	0,68 – 3,96
	Santa Lúcia	0,210	1,69	0,74 – 3,85
	Jd. Capivari	0,175	1,79	0,77 – 4,16
	Campos Elíseos	0,031	2,44	1,09 – 5,48
	CAIC	0,112	2,77	0,79 – 9,78
	Ouro Verde	0,003	3,04	1,47 – 6,26
	Jd.Itatinga	<0,001	7,82	3,14 – 19,44
	Vista Alegre	0,035	2,45	1,07 – 5,61
	Outros	0,262	1,53	0,73 – 3,24

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para úlcera gástrica; (n=4545 sem úlcera gástrica e n=455 com úlcera gástrica).IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência

ANEXO 23 Prevalência da úlcera gástrica, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	212 93,81	14 6,19	226
DIC III %	260 94,89	14 5,11	274
Sta.Lúcia %	305 92,71	24 7,29	329
Campos Elíseos %	247 89,82	28 <u>10,18*</u>	275
Aeroporto %	197 92,92	15 7,08	212
Jd.Capivari %	240 92,31	20 7,69	260
União dos Bairros %	188 93,07	14 6,93	202
Vista Alegre %	202 89,78	23 <u>10,22*</u>	225
São Cristovão %	172 95,56	8 4,44	180
CAIC %	31 88,57	4 11,43	35
Jd.Itatinga %	44 73,33	16 <u>26,67*</u>	60
Ouro Verde %	1.438 87,63	203 <u>12,37*</u>	1.641
Outros %	1.009 93,34	72 6,66	1.081
TOTAL	4.565	455	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 24 Resultados das análises da razão de risco para as neoplasias malignas gástricas, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R.*	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	0,002	3,29	1,53 – 7,09
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	40-49 anos	0,024	10,89	1,01–190,95
	50-59 anos	0,007	15,84	1,01- 274,87
	>=60 anos	<0,001	26,94	1,60- 452,23
ORIGEM DE ATENDIMENTO	Campos Elíseos(ref.)	-	1,00	-
	São Cristovão	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	União dos Bairros	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	CAIC	1,000	1,00	0,99 – 1,01
	Santa Lúcia	0,361	2,52	0,10 – 62,01
	DIC I	0,270	3,67	0,15 – 90,41
	Vista Alegre	0,269	3,68	0,15 – 90,81
	Aeroporto	0,255	3,91	0,16 – 96,41
	Ouro Verde	0,155	4,23	0,25 – 71,59
	DIC III	0,156	5,06	0,24 - 105,78
	Jd. Capivari	0,145	5,33	0,25 – 111,52
	Jd.Itatinga	0,032	13,89	1,01 – 345,18
	Outros	0,153	4,36	0,25 – 75,82

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para câncer gástrico; (n=4971 sem câncer gástrico e n=29 com câncer gástrico).IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência

ANEXO 25 Prevalência das neoplasias malignas gástricas, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DE EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	225 99,56	1 0,44	226
DIC III %	272 99,27	2 0,73	274
Sta.Lúcia %	328 99,70	1 0,30	329
Campos Elíseos %	275 100,00	0 0,00	275
Aeroporto %	211 99,53	1 0,47	212
Jd.Capivari %	258 99,23	2 0,77	260
União dos Bairros %	202 100,00	0 0,00	202
Vista Alegre %	224 99,56	1 0,44	225
São Cristovão %	180 100,00	0 0,00	180
CAIC %	35 100,00	0 0,00	35
Jd.Itatinga %	59 98,33	1 <u>1,67*</u>	60
Ouro Verde %	1.629 99,27	12 0,73	1.641
Outros %	1.073 99,26	8 0,74	1.081
TOTAL	4.971	29	5.000

*(p=0,838) teste exato de Fisher

ANEXO 26 Frequência das neoplasias malignas gástricas precoce e avançada, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº. DE EXAMES	RESULTADOS DE EXAMES		
	AVANÇADAS	PRECOCES	TOTAL
DIC I %	1 100	0 0,00	1
DIC III %	1 50	1 50	2
Sta.Lúcia %	1 100	0 0,00	1
Campos Elíseos %	1 100	0 0,00	1
Aeroporto %	1 100	0 0,00	1
Jd.Capivari %	2 100	0 0,00	1
Vista Alegre %	0 0,00	1 100,00	1
Jd.Itatinga %	0 0,00	1 100,00	1
Ouro Verde %	8 66,67	4 33,33	12
Outros %	5 62,50	3 37,50	8
TOTAL	19	10	29

(p=0,806) teste exato de Fisher

ANEXO 27 Prevalência dos casos de pacientes gastrectomizados, de acordo com a variável categórica faixa etária

Nº DE EXAMES	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	18-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
SEM GASTRECTOMIA	859	1.070	1.182	905	892	4.908
%	99,77	99,72	99,08	97,10	94,79	
COM GASTRECTOMIA	2	3	11	27	49	92
%	0,23	0,28	0,92	2,90	<u>5,21*</u>	
TOTAL	861	1.073	1.193	932	941	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 28 Prevalência dos casos de pacientes gastrectomizados, de acordo com a variável categórica gênero

Nº DE EXAMES	GÊNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SEM GASTRECTOMIA	3.123	1.785	4.908
%	<u>98,89*</u>	97,06	
COM GASTRECTOMIA	38	54	92
%	1,20	<u>2,94*</u>	
TOTAL	3.161	1.839	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 29 Frequência dos casos de pacientes gastrectomizados, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	222 98,23	4 1,77	226
DIC III %	272 99,27	2 0,73	274
Sta.Lúcia %	322 97,87	7 2,13	329
Campos Elíseos %	270 98,18	5 1,82	275
Aeroporto %	211 99,53	1 0,47	212
Jd.Capivari %	255 98,08	5 1,92	260
União dos Bairros %	200 99,01	2 0,99	202
Vista Alegre %	222 98,67	3 1,33	225
São Cristovão %	173 96,11	7 3,89	180
CAIC %	34 97,14	1 2,86	35
Jd.Itatinga %	60 100,00	0 0,00	60
Ouro Verde %	1.610 98,11	31 1,89	1.641
Outros %	1.058 97,78	24 2,22	1.081
TOTAL	4.908	92	5.000

(p=0,510) teste exato de Fisher

ANEXO 30 Prevalência de doenças no segmento duodenal, de acordo com a variável categórica faixa etária

SEGMENTO DUODENAL	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	18-29	30-39	40-49	50-59	>=60	
SEM DOENÇA	649	733	742	576	652	3.352
%	75,38	68,31	62,20	61,80	69,29	
COM DOENÇA	212	340	451	356	289	1.648
%	24,62	31,69	<u>37,80*</u>	<u>38,20*</u>	30,71	
TOTAL	861	1.073	1.193	932	941	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 31 Prevalência de doenças no segmento duodenal, de acordo com a variável categórica gênero

SEGMENTO DUODENAL	GÊNERO		
	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
SEM DOENÇA	2.270	1.082	3.352
%	<u>71,81*</u>	58,84	
COM DOENÇA	891	757	1.648
%	28,16	<u>41,16*</u>	
TOTAL	3.161	1.839	5.000

*(p<0,001) teste Qui-quadrado

ANEXO 32 Prevalência de doenças no segmento duodenal de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
Nº DE EXAMES			
DIC I	154	72	226
%	68,14	31,86	
DIC III	191	83	274
%	69,71	30,29	
Sta.Lúcia	216	113	329
%	65,65	34,35	
Campos Elíseos	179	96	275
%	65,09	34,91	
Aeroporto	145	67	212
%	68,40	31,60	
Jd.Capivari	183	77	260
%	70,38	29,62	
União dos Bairros	141	61	202
%	69,80	30,20	
Vista Alegre	148	77	225
%	65,78	34,22	
São Cristovão	121	59	180
%	67,22	32,78	
CAIC	30	5	35
%	85,71	14,29	
Jd.Itatinga	33	27	60
%	55,00	<u>45,00*</u>	
Ouro Verde	1.055	586	1.641
%	64,29	<u>35,71*</u>	
Outros	756	325	1.081
%	69,94	30,06	
TOTAL	3.352	1.648	5.000

*(p=0,025) teste Qui-quadrado

ANEXO 33 Resultados das análises da razão de risco para úlcera duodenal, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R.*	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	<0,001	1,49	1,29 – 1,72
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	<0,001	1,60	1,25 – 2,06
	40-49 anos	<0,001	2,06	1,62 – 2,62
	50-59 anos	<0,001	2,09	1,62 – 2,68
	>=60 anos	<0,015	1,39	1,07 – 1,81
ORIGEM DE ATENDIMENTO	CAIC (ref.)	-	1,00	-
	União dos Bairros	0,133	3,11	0,71 – 13,60
	Jd. Capivari	0,122	3,18	0,74 – 13,76
	DIC III	0,099	3,42	0,79 – 14,73
	Santa Lúcia	0,084	3,61	0,84 – 15,45
	DIC I	0,083	3,66	0,84 – 15,85
	Campos Elíseos	0,076	3,76	0,87 – 16,17
	Aeroporto	0,073	3,84	0,88 – 16,66
	São Cristovão	0,066	3,98	0,91 – 17,40
	Vista Alegre	0,049	4,36	1,01 – 18,82
	Ouro Verde	0,035	4,67	1,12 – 19,56
	Jd.Itatinga	0,012	7,07	1,53 – 32,67
	Outros	0,084	3,54	0,84 – 14,88

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para úlcera duodenal; (n=4033 sem úlcera duodenal e n=967 com úlcera duodenal). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência

ANEXO 34 Prevalência de úlcera duodenal, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	185 81,86	41 18,14	226
DIC III %	227 82,85	47 17,15	274
Sta.Lúcia %	270 82,07	59 17,93	329
Campos Elíseos %	224 81,45	51 18,55	275
Aeroporto %	172 81,13	40 18,87	212
Jd.Capivari %	218 83,85	42 16,15	260
União dos Bairros %	170 84,16	32 15,84	202
Vista Alegre %	178 79,11	47 <u>20,89*</u>	225
São Cristovão %	145 80,56	35 19,44	180
CAIC %	33 94,29	2 5,71	35
Jd.Itatinga %	42 70,00	18 <u>30,00*</u>	60
Ouro Verde %	1.279 77,94	362 <u>22,06*</u>	1.641
Outros %	890 82,33	191 17,65	1.081
TOTAL	4.033	967	5.000

*(p=0,024) teste Qui-quadrado

ANEXO 35 Resultados das análises da razão de risco para as duodenites, de acordo com as variáveis categóricas gênero, faixa etária e origem de atendimento

VARIÁVEL	Categorias	p	O.R.*	IC 95% O.R.*
GÊNERO	Feminino (ref.)	-	1,00	-
	Masculino	<0,001	1,89	1,63 – 2,19
FAIXA ETÁRIA	18-19 anos (ref.)	-	1,00	-
	30-39 anos	0,257	1,16	0,90 – 1,48
	40-49 anos	<0,001	1,49	1,18 – 1,89
	50-59 anos	0,012	1,38	1,07 – 1,77
	>=60 anos	0,056	1,28	0,99 – 1,65
ORIGEM DE ATENDIMENTO	CAIC (ref.)	-	1,00	-
	Vista Alegre	0,899	1,07	0,39 – 2,95
	Jd. Capivari	0,821	1,12	0,41 – 3,06
	DIC I	0,804	1,14	0,41 – 3,13
	Aeroporto	0,692	1,23	0,45 - 3,38
	Ouro Verde	0,598	1,29	0,50 – 3,36
	DIC III	0,599	1,31	0,48 – 3,54
	São Cristovão	0,475	1,45	0,52 – 4,00
	Santa Lúcia	0,415	1,51	0,56 – 4,03
	União dos Bairros	0,376	1,58	0,58 – 4,31
	Campos Elíseos	0,328	1,64	0,61 – 4,41
	Jd.Itatinga	0,292	1,83	0,60 – 5,60
	Outros	0,722	1,19	0,46 – 3,11

*OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para duodenite; (n=4113 sem duodenite e n=887 com duodenite). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref. Nível de referência

ANEXO 36 Frequência dos pacientes com duodenites, de acordo com a variável categórica origem de atendimento

ORIGEM DE ATENDIMENTO Nº DE EXAMES	RESULTADOS DOS EXAMES		
	NÃO	SIM	TOTAL
DIC I %	190 84,07	36 15,93	226
DIC III %	225 82,12	49 17,88	274
Sta.Lúcia %	263 79,94	66 20,06	329
Campos Elíseos %	216 78,55	59 21,45	275
Aeroporto %	176 83,02	36 16,98	212
Jd.Capivari %	219 84,23	41 15,77	260
União dos Bairros %	160 79,21	42 20,79	202
Vista Alegre %	191 84,89	34 15,11	225
São Cristovão %	145 80,56	35 19,44	180
CAIC %	30 85,71	5 14,29	35
Jd.Itatinga %	46 76,67	14 23,33	60
Ouro Verde %	1.350 82,27	291 17,73	1.641
Outros %	902 83,44	179 16,56	1.081
TOTAL	4.113	887	5.000

(p=0,579) teste Qui-quadrado

APÊNDICES

APÊNDICES

Apêndice 1 **Ficha cadastral do paciente e de coleta de dados das doenças nos segmentos esofágico, gástrico e duodenal.**

FICHA CADASTRAL DO PACIENTE		
Código:	Data:	EDA normal ()
HC:	Sexo:	Idade:
Procedência:		
Gastrectomizado: sim () não ()		
ESÔFAGO		Números de casos
ESOFAGITES	EROSIVA	
	NÃO EROSIVA	
NEOPLASIAS ESOFÁGICAS	PRECOCE	
	AVANÇADA	
HÉRNIA HIATAL		
MEGAESÔFAGO		
OUTROS DIAGNÓSTICOS		

ESTÔMAGO		Números de casos
GASTRITES	CRÔNICA	
	MICRONODULAR	
ÚLCERA GÁSTRICA		
NEOPLASIAS GÁSTRICAS	PRECOCE	
	AVANÇADA	
TESTE DE UREASE PARA PESQUISA <i>HELICOBACTER PYLORI</i>	NÃO REALIZADO	
	POSITIVO	
	NEGATIVO	
PRESENÇA DE <i>HELICOBACTER PYLORI</i> NO EXAME HISTOPATOLÓGICO	NÃO REALIZADO	
	POSITIVO	
	NEGATIVO	
OUTROS DIAGNÓSTICOS		
DUODENO		Números de casos
DUODENITES		
ÚLCERA DUODENAL		
OUTROS DIAGNÓSTICOS		

Ambulatório ouro verde/Unidade de endoscopia

Consulta de enfermagem/Pré-exame

1 – Identificação:

Nome: _____

Sexo: () M () F DN. / / idade: _____ profissão: _____

2- Indicação para o exame:

3- História pregressa:

Já realizou Endoscopia anteriormente? _____ Quando? _____

Cirurgias? _____ Quando? _____

Alergias a Medicamentos _____ Outras? _____

Neoplasias () sim () não - D. Chagas () sim () não - Úlceras pépticas () sim () não

Hepatite () sim () não D. coronariana () sim () não HAS () sim () não DM. () sim () não

Obs. _____

1- paciente 2- familiar 3- ambos

4 – História atual:

Antihipertensivos: _____ Hipoglicemiante _____

Anticoagulantes: _____ Antiinflamatório _____

Outros: _____

Tabagista () sim () não Tempo _____ Etilista () sim () não Tempo _____ Drogas () sim () não

Emagrecimento () sim () não Hematêmese () sim () não Enterorragia () sim () não

5 – Exame físico:

PA _____ FC _____ T° _____ FR _____

Enfº coren _____ Data: _____

6 – Prescrição de Enfermagem:

() Certificar-se da realização do preparo

() Posicionar o paciente em DLE e verificar sinais vitais PA _____ P _____

() Retirar prótese dentária

() Proporcionar apoio emocional

() Puncionar veia periférica e instalar oxímetro de pulso

() administrar medicamentos conforme prescrição médica

() observar cianose de extremidades, rubor, padrão respiratório, comunicar qualquer alteração ao médico.

Pós-exame:

() posicionar o paciente em posição de semi-fowler e após 15' em fowler.

() Verificar SSVV PA _____ P _____ e saturação _____

() Chamar o acompanhante e promover deambulação após exame

() Observar e anotar nível de consciência

() Certificar da capacidade de ingerir líquidos e oferecer.

Nome e coren do funcionário: _____

Apêndice 2 – Ficha Pré-exame B



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AMBULATÓRIO OURO VERDE

AV: RUY RODRIGUES, 3434 JD. OURO VERDE – FONE/FAX 3266-8888

EXAME AGENDADO PARA O DIA _____, ÀS _____ HORAS
DRA. _____

ORIENTAÇÕES:

- 1- Jejum absoluto (inclusive água) 10 horas antes do exame
- 2- Para pacientes com exame marcado para o período da tarde deverá fazer um desjejum às 6h da manhã tomando uma xícara de chá, ou café, ou um copo de suco acompanhada de 3 (três) bolachas de água e sal, ou três torradas pequenas. Logo após não comer e não beber nada (nem mesmo água).
- Obs. NÃO TOMAR LEITE.
- 3- Tomar 40 gotas de Luftal 01 hora antes do exame.
- 4- Trazer resultados de exames de Endoscopia realizada anteriormente e RX de estômago e esôfago (se tiver).
- 5- Atenção. Pacientes que fazem uso de medicações para Pressão e/ou coração tomar a medicação com pouca água.
- 6- Vir acompanhado de pessoa maior de idade, em boas condições de saúde mental e física
- 7- Trazer lanche leve para depois da endoscopia.
- 8- Poderão fazer alterações no preparo apenas o Médico endoscopista ou o Enfermeiro que fará a avaliação pré-exame.

ATRAVÉS DESTES DOCUMENTOS, DECLARO QUE SOU CONSCIENTE DE QUE, PARA REALIZAÇÃO DO EXAME DE ENDOSCOPIA SOB SEDAÇÃO, DEVEREI SEGUIR AS ORIENTAÇÕES ACIMA, SEM AS QUAIS O EXAME NÃO SERÁ REALIZADO.

CAMPINAS, ____/____/____

ASSINATURA PACIENTE:

FUNÇÃO RESPONSÁVEL PELAS ORIENTAÇÕES:

Apêndice 2 – Ficha Pré-exame C



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AMBULATORIO OURO VERDE**

Av. Ruy Rodriguez, 3434 Jd. Ouro Verde Fone 3266-8888

PRÉ EXAME – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

O Pré-exame de Endoscopia Digestiva Alta diz respeito a uma consulta de enfermagem onde é feita coleta de dados essenciais para garantir um eficaz e seguro exame endoscópico. Na ocasião é explicada passo a passo a realização do exame por recurso audiovisual, esclarecidas as possíveis dúvidas, agendado a data do exame e dado orientação (preparo) adequado para cada paciente.

Com início em Junho de 2002 em vigência da complexidade deste exame e riscos que o paciente está sujeito em sua realização não só devido à sedação mais também a ansiedade e medo presentes em todo e qualquer processo da doença, faz-se necessário o esclarecimento a respeito deste procedimento e desta forma otimiza-se o diagnóstico.

O Pré-exame de Endoscopia Digestiva Alta tem como objetivos :

- Promover conscientização e conhecimento do paciente acerca do exame a ser realizado e seus possíveis riscos.
- Diminuir a ansiedade do paciente e assim contar com sua colaboração
- Favorecer um bom preparo, feito de forma adequada
- Implementar a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), obrigatório pelo COREN em toda instituição de saúde (artigo 2º pela decisão COFEN nº 001/2000 de 04 de Janeiro de 2000)
- Garantir assistência médica e de enfermagem individualizada através do conhecimento prévio do paciente (história pregressa)
- Otimizar o uso das vagas pela diminuição de perdas de exames
- Avaliar as condições clínicas do paciente e assim organizar agenda conforme priorização dos casos.

Apêndice 3 – Termo de Consentimento Informado



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
AMBULATÓRIO OURO VERDE
AV: RUY RODRIGUES, 3434 JD OURO VERDE
FONE / FAX : 3266-8888

UNIDADE DE ENDOSCOPIA

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, sr(a) _____,
RG: _____, serei submetido a exame endoscópico sob sedação
dia ____/____/____.

Declaro que para tal, fui informado sobre as possíveis complicações inerentes ao procedimento (como perfuração e hemorragia) e à sedação a ser administrada a critério clínico (como amnésia anterógrada temporária, alterações neurológicas – convulsões, coma -, depressão respiratória e parada cardíaca respiratória).

Autorizo a realização de procedimento terapêutico (biópsias, polipectomia, dilatações, esclerose), se houver indicação.

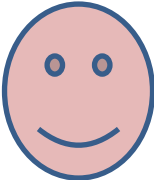
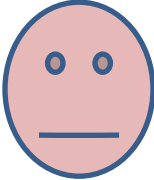
Para a realização do exame, deverei estar em jejum absoluto de 8 horas, acompanhado de pessoa maior de idade e em boas condições de saúde física e mental.

Nas 24 horas que sucedem o exame, devido a sedação utilizada, não realizarei atividades que necessitem atenção ou vigília e que possam colocar em risco minha integridade física.

Campinas, ____/____/____.

Assinatura do paciente ou responsável

Apêndice 4 – Questionário de avaliação de satisfação do paciente

		
BOM	REGULAR	RUIM
BOM SUGESTÕES:		

Apêndice 5 – Termo de autorização para veiculação de imagens



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE
AMBULATÓRIO OURO VERDE**

AV: RUY RODRIGUES, 3434 JD OURO VERDE
FONE / FAX : 3266-8888

UNIDADE DE ENDOSCOPIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Pelo presente termo, autorizo o Serviço de Endoscopia Digestiva do Ambulatório Ouro Verde, da cidade de Campinas- SP, a veicular as imagens resultantes do exame endoscópico em mim realizado pela Dra Morgana Terezinha Alves de Queiroz, no dia 30 de julho de 2002, para fins demonstrativos e didáticos, abrindo mão dos direitos de imagem e privacidade, razão pelo qual firmo o presente termo.

Sendo esta a expressão de verdade, assino o presente instrumento a fim de que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Campinas, 30 de julho de 2002.

_____ (paciente)

_____ (testemunha 1)

_____ (testemunha 2)