

## Análise dos achados endoscópicos mais comuns em pacientes com sintomas dispépticos

### Analysis of common endoscopic findings in patients with dyspeptic symptoms.

ANA LUIZA PAGANI FONSECA<sup>1</sup>, ARMANDO JOSÉ D'ACAMPORA<sup>2</sup>, LUIZA BUENO ZENI<sup>3</sup>, LYARA SCHAEFER SOMBRIO<sup>4</sup>, SAINT CLAIR VIEIRA DE OLIVEIRA<sup>5</sup>

#### RESUMO

**Introdução:** Dispepsia representa queixa comum na prática clínica diária. É um conjunto variável de sintomas como dor ou queimação epigástrica, saciedade precoce ou plenitude pós-prandial, de acordo com os Critérios Diagnósticos Roma III. Associações entre esses sintomas, idade, sexo e achados endoscópicos sugerem diferentes prevalências. Faltam pesquisas com bases científicas para sistematizar quais pacientes devem ser submetidos à endoscopia. **Objetivo:** Descrever a prevalência dos achados endoscópicos e relacioná-los às características dos pacientes com sintomas dispépticos submetidos à Endoscopia Digestiva Alta (EDA). **Métodos:** Estudo transversal, descritivo e analítico, realizado no HGCR (Hospital Governador Celso Ramos) em Florianópolis - SC. Foram analisados 450 laudos endoscópicos de pacientes que apresentaram como indicação dispepsia e/ou sintomas dispépticos para a realização de EDA. Coletou-se dados acerca da indicação, sexo, idade e achados à endoscopia, que foram analisados pelo teste Qui-quadrado e Fisher no software SPSS18.0. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unisul (Universidade do Sul de Santa Catarina). **Resultados:** A maioria dos laudos do estudo apresentou alterações à EDA, sendo o principal achado a gastrite enantematosa e/ou erosiva. Do total, a maioria pertencia a mulheres entre 30 e 49 anos. Associações de idade até 30 anos e EDA normal, assim como pacientes acima de 70 anos e câncer gástrico, foram estatisticamente significantes.

**Conclusão:** A prevalência de EDA com algum achado em pacientes dispépticos foi alta. A gastrite enantematosa e/ou erosiva foi o mais prevalente achado. A maioria dos pacientes era do sexo feminino, a idade média 45 anos e o principal sintoma dispéptico foi dor epigástrica. Associações entre idade e achados podem ser feitas.

**Unitermos:** Dispepsia, Endoscopia, Sinais e Sintomas Digestivos.

#### SUMMARY

**Introduction:** Dyspepsia is a common complaint in daily clinical practice. It is a variable set of symptoms, such as epigastric pain or burning, early satiety or post-prandial fullness, according to Rome III. Associations between these symptoms, age, gender and endoscopic findings suggest different prevalences. There are insufficient researches with scientific bases to systematize which patients should undergo upper endoscopy. **Objective:** To describe the prevalence of endoscopic findings and relate to the characteristics of patients with dyspeptic symptoms undergoing upper endoscopy. **Methods:** Cross-sectional, descriptive and analytical study was carried out in a Hospital in Florianópolis-SC. We analyzed 450 endoscopic reports with dyspepsia as an indication and/or dyspeptic symptoms for the realization of upper endoscopy. Data were collected on the indication, such as age, gender and endoscopic findings, which were analyzed by

**1.** Acadêmica do Sexto Ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **2.** Especialista em Proctologia, Doutor em Técnica Operatória e Cirurgia Experimental pela Unifesp, Professor da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Universidade do Sul de Santa Catarina e da Universidade Federal de Santa Catarina. **3.** Acadêmica do Sexto Ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **4.** Acadêmica do Sexto Ano do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **5.** Especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital Governador Celso Ramos, Membro do Serviço de Endoscopia do Hospital Governador Celso Ramos, Professor da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Endereço para correspondência:** Rua Newton Ramos, 71 - Centro - CEP 88015-395 - Florianópolis - SC/**e-mail:** analuizapagani@hotmail.com. **Recebido em:** 07/04/2014. **Aprovado em:** 10/06/2014.

chi-square and Fisher tests in software SPSS 18.0. This study was approved by the Ethics Committee of Unisul. **Results:** Most of the reports of the study presented findings in the endoscopy, the main findings were enanthematous and/or erosive gastritis. Of the total, the majority belonged to women between 30 and 49 years old. Associations between 30 years old or less and normal endoscopy, as well as, patients over 70 years and gastric cancer were statistically significant.

**Conclusion:** The prevalence of upper endoscopy with some found in dyspeptic patients was high. Enanthematous and/or erosive gastritis was the most prevalent finding. Most patients were female, mean age of patients 45 years and the main dyspeptic symptom was epigastric pain. Associations between age and findings can be made.

**Keywords:** Dyspepsia, Endoscopy, Signs and Symptoms, Digestive.

## INTRODUÇÃO

A prevalência da dispepsia como sintoma relacionado ao trato digestivo superior representa a queixa mais comum na prática clínica diária.

Na Inglaterra, corresponde a cerca de 8% das consultas médicas em atenção primária e a 11% da demanda espontânea de novas consultas. Os dados mostram que, a cada ano, 700 de cada mil consultas se devem à dispepsia, representando 71% das consultas em gastroenterologia<sup>1</sup>.

Alguns dados coletados na América do Norte apontam que cerca de 25% da população descreve dor epigástrica crônica ou recidivante no andar superior do abdome, sendo a dispepsia funcional o diagnóstico mais prevalente encontrado<sup>2</sup>. A incidência parece estar em torno de 1% ao ano<sup>3,4</sup>.

A dispepsia é classificada de acordo com os Critérios Diagnósticos de Roma III, que foram estabelecidos em 2006. Segundo estes critérios, dispepsia ou síndrome dispéptica é o conjunto variável de sintomas relacionados à dor ou queimação centrados no epigástrico, saciedade precoce ou plenitude pós-prandial.

A duração mínima dos sintomas é de 3 meses (12 semanas, não necessariamente consecutivas), com o início da sintomatologia de, pelo menos, 6 meses antes do diagnóstico<sup>2,5</sup>. Náusea, vômito e eructação também podem estar associados. Dor nos hipocôndrios direito e esquerdo não é considerada como sintoma dispéptico, assim como azia ou pirose retroesternal e regurgitação não fazem parte do conjunto de sintomas que integra a dispepsia, uma vez que não mais se considera dispepsia do tipo refluxo devido ao alto valor predi-

tivo destes sintomas para doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)<sup>6</sup>. A dispepsia parece não ter associação com aumento da mortalidade<sup>7</sup>, porém a intensidade dos sintomas é capaz de gerar grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. De forma geral, a dispepsia motiva grandes despesas diretas (consultas, exames complementares, medicamentos) e indiretas (absenteísmo, perda de produtividade)<sup>1</sup>.

A história evolutiva destes pacientes, quando convenientemente acompanhados, mostra que por trás de sintomas dispépticos podem estar alguns distúrbios do trato gastrointestinal (TGI) superior. São exemplos a doença ulcerosa péptica, DRGE, gastrites, neoplasias do trato gastrointestinal superior, doença do trato biliar e dispepsia funcional<sup>8,9</sup>.

Aparentemente tem sido observado que sintomas dispépticos são mais frequentes entre os pacientes portadores de *Helicobacter pylori*<sup>10</sup>. Outros fatores além do *H. pylori* podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento da dispepsia, por exemplo, o gênero. A prevalência do *H. pylori* em pacientes com dispepsia tende a ser menor em homens do que em mulheres.

Apesar dos mecanismos fisiopatológicos não estarem totalmente esclarecidos, diferenças relacionadas ao gênero foram observadas em vários estudos. Algumas investigações mostraram que há diferença na esfera psicossocial entre mulheres e homens com sintomas de dispepsia funcional. Isto poderia estar relacionado tanto à sensação de bem-estar quanto à história de abuso infantil ou na adolescência.

Diferenças relacionadas ao gênero também foram observadas em alguns estudos tanto de prevalência dos sintomas como em relação à função motora proximal e esvaziamento gástrico anormal na dispepsia funcional<sup>8,11</sup>.

Um estudo brasileiro mostrou que o perfil do paciente com dispepsia atendido em unidade de cuidados primários de saúde foi o de indivíduo do sexo feminino, idade inferior a 45 anos, que faz visitas frequentes a serviços médicos, que tenha queixas psicoemocionais frequentes e sem alterações orgânicas na endoscopia digestiva alta (EDA) que justifiquem os sintomas<sup>12</sup>.

O efeito do gênero no mecanismo da dispepsia funcional, na apresentação dos sintomas e na resposta ao tratamento, é uma área de crescente interesse e de vários estudos. Portanto, apesar de os mecanismos fisiopatológicos e a causa não estarem totalmente esclarecidos, parece haver algumas características específicas relacionadas ao gênero na dispepsia<sup>11</sup>. Além do gênero, há indicação de que a obesidade e o tabagismo também são fatores muito importantes relacionados à dispepsia<sup>13</sup>.

Embora a maioria dos estudos seja de base populacional, eles apresentam algumas limitações haja vista o número relativamente pequeno de indivíduos. Estudos realizados na atenção básica ou na prática da gastroenterologia não são apropriados para esse fim, pois os pacientes encaminhados para EDA representam uma amostra selecionada de pacientes sintomáticos<sup>14</sup>.

Na consulta médica são avaliados os sintomas do paciente, e estes podem ser comuns a muitas doenças como, por exemplo, dispepsia e síndrome do intestino irritável, o que significa que o número de indivíduos com dispepsia pode ser ainda mais reduzido. Torna-se dificultoso este diagnóstico pois tem-se que confiar no relato do paciente, que pode acarretar em um viés de memória<sup>14</sup>.

Estudos que investigam indivíduos da comunidade através de endoscopia digestiva alta podem avaliar adequadamente a prevalência dos achados endoscópicos em indivíduos com sintomas dispépticos, e também avaliar a associação entre estes achados e os sintomas, comparando a prevalência de lesões em indivíduos com e sem sintomas.

Com certeza esses estudos são de difícil execução pois devem ser de base populacional<sup>15</sup>. Apenas alguns estudos foram realizados até agora, entre eles o de Sorreisa<sup>16</sup> na Noruega e o Kalixanda<sup>17</sup> na Suécia.

Até o momento, no Brasil, faltam pesquisas com base na análise de conhecimentos científicos para sistematizar quais pacientes devem ser submetidos à endoscopia. Faltam também informações sobre fatores de risco para a dispepsia e os principais diagnósticos observados nas diferentes faixas etárias<sup>18</sup>.

Novos trabalhos podem orientar condutas médicas individuais e institucionais no que se diz respeito à propedêutica e à terapêutica das doenças do TGI superior.

A utilização de critérios diagnósticos não padronizados de dispepsia também tem sido responsável por discrepâncias importantes entre os resultados de diferentes estudos<sup>19</sup>. Assim, torna-se necessário a elaboração de estudos metodologicamente conduzidos em centros de endoscopia para a definição da realidade local a cerca da prevalência dos achados endoscópicos, utilizando os Critérios Diagnósticos de Roma III, aceita mundialmente.

Neste contexto, propõe-se com este trabalho conhecer a prevalência e analisar os achados endoscópicos em pacientes portadores de dispepsia ou sintomas dispépticos (segundo Critérios Diagnósticos de Roma III), além de conhecer quais são os termos mais utilizados nas indicações pelos

médicos generalistas ou especialistas no âmbito ambulatorial. Pretende-se, então, conhecer quais são os achados endoscópicos mais comuns em pacientes dispépticos submetidos à EDA no Serviço de Endoscopia do Hospital Governador Celso Ramos em Florianópolis - SC.

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

Descrever a prevalência dos achados endoscópicos e relacionar as características dos pacientes com os sintomas dispépticos submetidos à EDA no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR).

### Objetivos Específicos

Descrever a prevalência dos achados endoscópicos.

Descrever as características clínicas quanto ao sexo e idade nos pacientes com dispepsia.

Testar eventuais associações entre as indicações para a realização de EDA com idade e sexo.

Testar eventuais associações dos achados endoscópicos encontrados com idade e sexo.

## MÉTODOS

### Desenho do Estudo

Estudo observacional com delineamento transversal.

### Local do Estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Endoscopia do HGCR, situado em Florianópolis - SC.

Este é um dos maiores hospitais públicos do estado de Santa Catarina, e referência regional no diagnóstico e tratamento de doenças do aparelho digestivo.

### Participantes

#### População em estudo

A população deste estudo foi composta por laudos endoscópicos de pacientes que apresentaram como indicação dispepsia e/ou sintomas dispépticos para a realização de EDA, encaminhados por médicos dos ambulatórios da rede pública de saúde do estado de Santa Catarina.

Foram analisados dados dos prontuários informatizados de pacientes que realizaram EDA entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2011. Foi realizado um censo de todos os prontuários dos pacientes, totalizando 450 laudos.

## Crítérios de Inclusão e Exclusão

### Crítérios de Inclusão

1. Prontuários de pacientes com sintomas dispépticos.
2. Maiores de 16 anos.
3. Endoscopias de pacientes provenientes da rede ambulatorial.

### Quadro 1 - Variáveis de estudo.

Variáveis	Dependente/Independente	Natureza	Utilização
Idade em anos	Independente	Quantitativa discreta	Abaixo de 30 anos 30 a 49 anos 50 a 69 anos Acima de 70 anos
Sexo	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Feminino ou Masculino
Dor epigástrica	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Queimação epigástrica	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Plenitude pós-prandial	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Saciedade precoce	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
"Dispepsia"	Independente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Úlcera Péptica Gástrica	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Úlcera Péptica Duodenal	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Câncer Gástrico	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Gastrite enantematosa e/ou erosiva	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Atrofia de Mucosa	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
EDA Normal	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não
Outros Achados	Dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	Sim ou Não

### Crítérios de Exclusão

1. Prontuários com insuficiência de dados.
2. Pacientes internados no Hospital.
3. Pacientes que tenham realizado EDA oriundos do setor de emergência.

### Variáveis

#### Coleta de dados e Procedimentos

A coleta de dados foi realizada a partir da seleção de todos os laudos endoscópicos informatizados de pacientes que preencheram todos os critérios de inclusão e nenhum critério de exclusão deste estudo. Os dados foram coletados pelo pesquisador no Serviço de Endoscopia do HGCR.

#### Instrumento de coleta de dados

Criou-se um protocolo de pesquisa padronizado, contendo as variáveis em estudo: idade, sexo, indicação para a realização da EDA e achados endoscópicos.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados foram inseridos em uma planilha do Excel e posteriormente analisados no software SPSS 18.0. Estes foram analisados descritivamente por intermédio de frequências absolutas e relativas. Testes de associação entre as variáveis dependentes e as independentes foram realizados por intermédio do Qui-quadrado e o teste exato de Fisher, com nível de significância  $<0,05$ . Calcularam-se razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (95%).

## ASPECTOS ÉTICOS

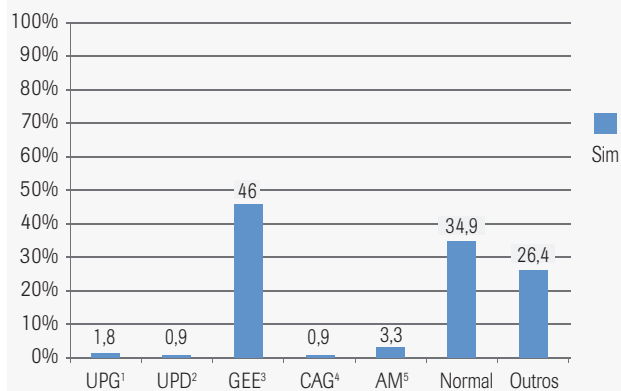
Esta pesquisa obedece aos princípios éticos com base na resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para o uso dos dados dos prontuários dos pacientes, este estudo foi submetido à autorização para a coleta de dados em prontuários do HGCR. Também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina, sendo aprovado sob o registro de número 12.1274.01.III. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos pacientes, não se aplica a esta pesquisa, uma vez que se trata de estudo retrospectivo, e os prontuários são de guarda do hospital.

Este estudo obedece aos preceitos éticos e às normas do HGCR. Não houve qualquer tipo de desconforto e/ou risco para os pacientes em questão e nenhum tipo de benefício para os mesmos está previsto. Os benefícios oriundos da presente pesquisa se aplicam a grupos posteriores de pacientes. Dados pessoais dos pacientes não foram abordados ou publicados e não houve nenhum tipo de ônus para esses pacientes, de forma que não serão necessárias indenizações.

## RESULTADOS

No estudo foram avaliados, retrospectivamente, 450 laudos endoscópicos de pacientes submetidos à EDA no HGCR, em Florianópolis – SC, no período de janeiro a dezembro de 2011. Destes, todos participaram do estudo já que, de acordo com os critérios de inclusão, possuíam como indicação algum sintoma dispéptico de acordo com os Critérios Diagnósticos de Roma III. A maioria dos laudos endoscópicos do estudo apresentou alterações à EDA (65,1%), como se pode observar no gráfico 1.

**Gráfico 1 – Prevalência dos achados endoscópicos em pacientes dispépticos submetidos à EDA.**



1= Úlcera péptica gástrica; 2= Úlcera péptica duodenal; 3= Gastrite enantematosa e/ou erosiva; 4= Câncer gástrico; 5= Atrófia da mucosa  
Fonte: Serviço de Endoscopia do HGCR, 2012.

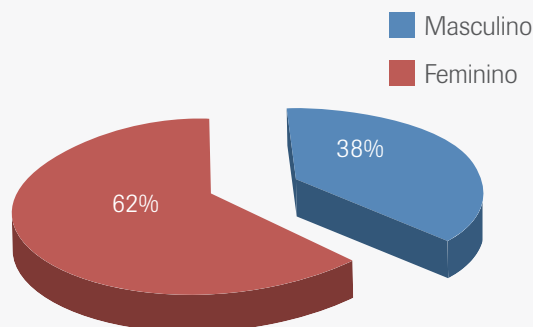
A discrepância encontrada no somatório das porcentagens dos achados descritos no gráfico 1 é justificável, pois muitos pacientes apresentaram associação de dois ou três achados endoscópicos ao exame, sendo então incluídas todas as alterações às análises. O principal achado endoscópico foi o de gastrite macroscópica enantematosa e/ou erosiva (46%).

A EDA foi normal em 34,9% dos laudos, sendo estes pacientes classificados como portadores de dispepsia funcional, segundo os Critérios Diagnósticos de Roma III. No grupo Outros (26,4%) estão incluídos os pólipos, a hérnia hiatal e a esofagite. Dos 450 laudos endoscópicos, 279 pertencem às pacientes do sexo feminino (62%), conforme gráfico 2.

Os pacientes foram distribuídos em quatro faixas etárias para uma melhor análise estatística (menos de 30 anos, de 30 a 49, de 50 a 69 e mais de 70 anos). A maioria dos laudos (40,4%) pertencia a pacientes entre 30 e 49 anos (gráfico 3). A idade dos pacientes estudados variou de 16 a 92 anos, com média de 45 anos e 10 meses.

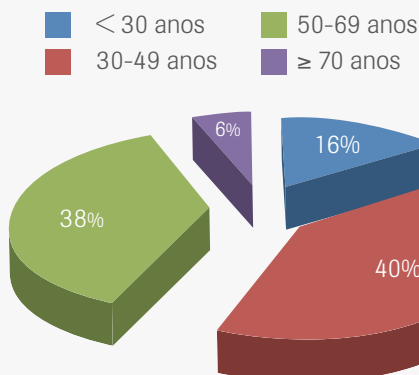
A indicação para solicitação da EDA está demonstrada no gráfico 4. O sintoma dispéptico mais prevalente foi o de dor epigástrica (79,3%). O grupo de achados denominado “Dispepsia” correspondeu a 20,2% dos laudos.

**Gráfico 2 – Distribuição percentual dos laudos endoscópicos segundo sexo.**



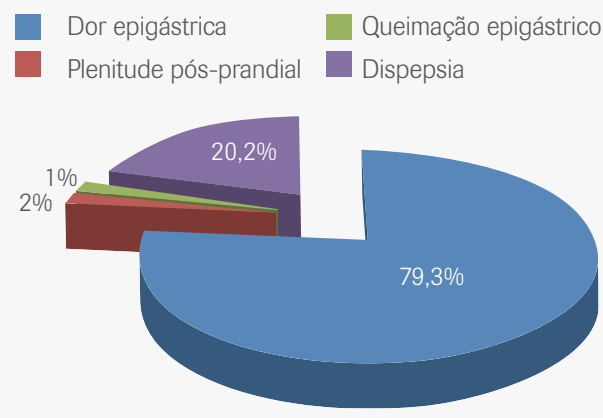
Fonte: Serviço de Endoscopia do HGCR, 2012.

**Gráfico 3 – Distribuição percentual dos laudos endoscópicos segundo faixas etárias.**



Fonte: Serviço de Endoscopia do HGCR, 2012.

**Gráfico 4 – Distribuição percentual de laudos endoscópicos segundo indicação para realização da EDA.**



Fonte: Serviço de Endoscopia do HGCR, 2012.

A associação entre a indicação para realização da EDA, com as faixas etárias e sexo, estão apresentadas nas tabelas 1 e 2. Verificou-se que em todas as faixas etárias (79,3%) e em ambos os sexos (79,3%) a indicação mais comum foi dor epigástrica. Estas associações não tiveram significância estatística neste estudo.

**Tabela 1 – Associação entre a indicação para realização da EDA e faixas etárias.**

Indicação	< 30 anos	30-49 anos	50-69 anos	≥ 70 anos	Total	Valor de p
	n=72	n=182	n=170	n=26	n=450	
Dor epigástrica	80,6%	81,9%	75,3%	84,6%	79,3%	0,405
Queimação epigástrica	1,4%	1,1%	2,4%	-	1,6%	0,711
Plenitude pós-prandial	-	1,6%	2,9%	-	1,8%	0,375
Dispepsia	20,8%	16,5%	24,1%	19,2%	20,2%	0,361

Fonte: Elaboração da autora, 2013.

**Tabela 2 – Associação entre a indicação para realização da EDA e sexo.**

Indicação	Masculino	Feminino	Total	Valor de p
	n=171	n=279	n=450	
Dor epigástrica	77,6%	80,3%	79,3%	0,503
Queimação epigástrica	1,8%	1,4%	1,6%	0,784
Plenitude pós-prandial	2,4%	1,4%	1,8%	0,475
Dispepsia	22,4%	19%	20,3%	0,391

Fonte: Elaboração da autora, 2013.

A associação entre os achados endoscópicos e as faixas etárias está demonstrada na tabela 3. O achado mais prevalente na faixa etária abaixo de 30 anos foi de EDA com resultado normal (54,2%).

Comparando essa faixa etária com as demais, entre 30 e 49 anos, a prevalência é 35% menor, e na faixa etária, entre 50 e 69 anos, é 52% menor.

Na faixa etária entre 30 e 49 anos, o principal achado foi gastrite enantematosa e/ou erosiva (GEE) com 47,3%. Comparando esta faixa etária com a menor de 30 anos, a prevalência de GEE é 2,6 vezes maior.

**Tabela 3 – Associação entre os achados endoscópicos e faixa etária.**

Achados	< 30 anos	30-49 anos	50-69 anos	≥ 70 anos	Total	Valor de p	RP <sup>6</sup> (IC <sup>7</sup> )
	n=72	n=182	n=170	n=26	n=450		
UPG <sup>1</sup>	-	1,1%	2,4%	7,7%	1,8%	0,063	-
UPD <sup>2</sup>	1,4%	1,1%	0,6%	-	0,9%	0,872	-
GEE <sup>3</sup>	18,1%	47,3%	58,8%	30,8%	46%	< 0,001	2,61 (1,46 - 4,69) <sup>8</sup> 3,26 (1,83 - 5,81) <sup>9</sup>
CAG <sup>4</sup>	-	0,5%	0,6%	7,7%	0,9%	< 0,01	14(1,26 - 154,38) <sup>10</sup>
AM <sup>5</sup>	4,2%	2,7%	2,9%	7,7%	3,3%	0,580	-
EDA Normal	54,2%	35,2%	25,9%	38,5%	34,9%	< 0,001	0,65 (0,43 - 0,96) <sup>11</sup> 0,48 (0,31 - 0,73) <sup>12</sup>
Outros	27,8%	24,2%	29,4%	19,2%	26,6%	0,570	-

1= Úlcera péptica gástrica; 2= Úlcera péptica duodenal; 3= Gastrite enantematosa e/ou erosiva; 4= Câncer gástrico; 5= Atrofia da mucosa; 6= Razão de prevalência; 7= Intervalo de confiança; 8= Comparação entre a faixa etária 30 a 49 anos e a < 30 anos; 9= Comparação entre a faixa etária 50 a 69 anos e a < 30 anos; 10= Comparação entre a faixa etária > 70 anos e a 30 a 49 anos; 11= Comparação entre a faixa etária < 30 anos e a 30 a 49 anos; 12= Comparação entre a faixa etária < 30 anos e a 50 a 69 anos. Fonte: Elaboração da autora, 2013.

Ao se analisar a faixa etária de 50 a 69 anos, a gastrite enantematosa e/ou erosiva correspondeu a 58,8% dos achados. Em relação à faixa etária menor de 30 anos, a prevalência de GEE mostrou-se 3,2 vezes maior.

Nos pacientes acima de 70 anos, 38,5% apresentaram a EDA normal e 30,8% tiveram gastrite enantematosa e/ou erosiva como achado endoscópico.

O câncer gástrico (CAG) se mostrou estatisticamente relevante nas pessoas com mais de 70 anos, sendo 14 vezes maior se comparado à faixa etária de 30 a 49 anos.

Quando associados os achados endoscópicos com o sexo (tabela 4), verificou-se que o mais comum em ambos os sexos foi a gastrite enantematosa e/ou erosiva, com 54,7% no masculino e 40,5% no feminino ( $p < 0,05$ ).

A prevalência de GEE nos homens é 35% maior se comparada à das mulheres. O segundo achado mais frequente entre os homens foi a categoria Outros, com 31,8% ( $p < 0,05$ ) e entre o sexo feminino foi EDA normal (38,4%).

**Tabela 4 – Associação entre os achados endoscópicos e sexo.**

Achados	Masculino	Feminino	Total	Valor de p	RP <sup>6</sup> (IC <sup>7</sup> )
	n=171	n=279	n=450		
UPG <sup>1</sup>	1,8%	1,8%	1,8%	0,983	-
UPD <sup>2</sup>	0,6%	1,1%	0,9%	0,594	-
GEE <sup>3</sup>	54,7%	40,5%	45,9%	< 0,05	1,35 (1,03 - 1,77)
CAG <sup>4</sup>	0,6%	1,1%	0,9%	0,594	-
AM <sup>5</sup>	1,2%	4,7%	3,3%	< 0,05	-
EDA Normal	29,4%	38,4%	35%	0,054	-
Outros	31,8%	23,3%	26,5%	< 0,05	-

1= Úlcera péptica gástrica; 2= Úlcera péptica duodenal; 3= Gastrite enantematosa e/ou erosiva; 4= Câncer gástrico; 5= Atrofia da mucosa; 6= Razão de prevalência; 7= Intervalo de confiança. Fonte: Elaboração da autora, 2013.

## DISCUSSÃO

Dispepsia é um sintoma comum nos consultórios médicos. Pode ser causada por uma variedade de alterações presentes no trato digestivo alto como úlceras pépticas, gastrites, atrofia da mucosa ou mesmo lesões malignas. Nem sempre a presença de uma alteração da mucosa ou do pH gástrico se torna conclusiva. Muitas vezes, a origem não é identificada, e a dispepsia passa a ser considerada como funcional. O estudo foi desenvolvido como uma pesquisa transversal, cujo objetivo é descrever os achados endoscópicos em uma população de pacientes dispépticos em um tempo predeterminado. A pesquisa buscou responder questões ainda não estudadas nesta população, empreendendo esforços metodológicos que validem os resultados obtidos.

O Serviço de EDA do HGCR, em Florianópolis, atende a uma demanda desta cidade e da região metropolitana. É um serviço de referência e abrange uma população aproximada de um milhão de habitantes. Neste trabalho não houve a preocupação de caracterizar a dieta, mas de definir a população atingida. Os resultados de alguns dos dados aqui pesquisados já haviam sido comentados na literatura, sendo muitos deles estatisticamente significativos. Contudo,

o estudo não demonstrou relação entre algumas variáveis, como a associação entre a indicação para EDA (sintoma) com sexo e idade. Um dos pontos fortes desta investigação é ter-se executado a pesquisa em um centro de referência.

O presente estudo revelou que a maioria dos pacientes apresentou algum tipo de achado à EDA, e uma frequência menor destas foi classificada como normal (34,9%). Vários estudos realizados em centros de referência demonstram percentuais maiores de exames normais que o encontrado neste estudo.<sup>33,35,42</sup> Johnsen *et al.*<sup>4</sup>, em estudo caso controle, encontraram índice de exames normais de 53,5% no grupo sintomático, concluindo-se que a maioria dos pacientes dispépticos de uma determinada população é, provavelmente, portadora de uma síndrome funcional.

Já Adang *et al.*<sup>26</sup>, Lindberg *et al.*<sup>27</sup> e Duggan *et al.*<sup>28</sup> encontraram taxas de exames endoscópicos normais parecidas com as desta pesquisa, 34,9%, 42,0% e 41%, respectivamente. Talley *et al.*<sup>29</sup>, em estudo prospectivo realizado em centro de referência, também encontraram número significativo de pacientes com endoscopias normais.

Em todos esses trabalhos, a endoscopia constituiu o exame diagnóstico padrão realizado em uma população encaminhada para um centro de referência. Todavia, o resultado normal não exclui uma doença, pois diversas vezes não é realizado exame histopatológico nem mesmo pesquisa para *H. pylori*.

A alteração macroscópica mais encontrada foi a gastrite enantematosa e/ou erosiva, assim classificada de acordo com os critérios de Sidney<sup>44</sup> para gastrite. Este foi também o achado em 75% da população estudada por Durães *et al.*<sup>6</sup> Diferentemente desta tendência, estão Zagari *et al.*<sup>22</sup>, que encontraram gastrite em apenas 5,3% de sua população, e Johnsen *et al.*<sup>4</sup>, que observaram a doença em 20,1% dos exames. Analisando a doença ulcerosa péptica, Tytgat<sup>30</sup> em 2002, após levantamento de mais de 22 estudos, observou uma prevalência média de doença ulcerosa péptica de 17% entre os dispépticos. Johnsen *et al.*<sup>4</sup> e outros pesquisadores<sup>6,20,21,22</sup> encontraram prevalência superior à encontrada no presente estudo.

Thomson *et al.*<sup>31</sup>, em estudo multicêntrico realizado no Canadá, com objetivo de verificar a frequência de achados endoscópicos clinicamente significativos em portadores de dispepsia não investigada, encontraram prevalência de doença ulcerosa péptica de 5,3%, sendo a úlcera gástrica responsável por 3% deste total e a úlcera duodenal por 2,8%. Estudos como os de Fedail *et al.*<sup>32</sup>, Zagari *et al.*<sup>22</sup> e a Durães *et al.*<sup>6</sup> encontraram prevalências de úlcera péptica gástrica semelhantes a esta pesquisa. Isso pode ser devido ao uso crescente de inibidores de bomba de prótons para dimi-

nuir a acidez gástrica. O uso indiscriminado destes medicamentos pelos pacientes, e ainda médicos que diante de sintomas dispépticos já prescrevem estas drogas, pode estar contribuindo para uma diminuição no número de úlceras pépticas<sup>22,23</sup>.

O câncer gástrico apresenta resultados discrepantes na literatura. Na Ásia, as prevalências são mais altas se comparadas aos países ocidentais. Tais achados ainda não foram completamente elucidados, mas servem para traçar estratégias de prevenção para cada região. Neste estudo, o câncer gástrico foi encontrado numa minoria de pacientes, coincidindo com Fedail *et al.*<sup>32</sup>, Johannessen *et al.*<sup>33</sup>, Ayoola *et al.*<sup>34</sup> e Stanghellini *et al.*<sup>35</sup>, que encontraram prevalências de 1% para este achado, enquanto autores como Hallissey *et al.*<sup>36</sup> e Talley *et al.*<sup>29</sup> encontraram uma prevalência de 4% e 3%, respectivamente.

Acredita-se que a dieta seja importante haja vista que, nos cinco continentes, a variante dieta é completamente diferente. Os elementos proteicos naturais de cada um dos continentes são diversos e talvez esse seja um dos fatores que influenciam na patogênese da doença gástrica nos seus vários aspectos.

O sexo feminino foi mais prevalente na pesquisa. Este dado parece confirmar os resultados obtidos por Choomsri *et al.*<sup>37</sup>, Durães *et al.*<sup>6</sup> e Oliveira *et al.*<sup>18</sup>. Esse resultado se deve, provavelmente, ao fato das mulheres serem mais sintomáticas e terem o saudável hábito de procurar auxílio médico com mais frequência, demandando mais consultas e exames complementares.

Alguns autores até consideram o sexo feminino como fator de risco para dispepsia funcional<sup>6</sup>. Em contrapartida, outros estudos trouxeram o sexo masculino como mais prevalente, como os trabalhos de Khan *et al.*<sup>24</sup>, Haider *et al.*<sup>21</sup> e Salkic *et al.*<sup>40</sup>. Esses são estudos que foram realizados em países do Médio e Extremo Oriente, locais onde a mulher é mais discriminada e menos favorecida na sociedade, tendo o homem mais acesso à saúde. No presente estudo ficou evidenciado que as idades mais prevalentes estavam entre 30 e 69 anos, com idade média de 40 anos e 10 meses.

Estudos como os de Stanghellini *et al.*<sup>35</sup> e Saunders *et al.*<sup>41</sup> apresentaram dados semelhantes, diferentemente de Talley *et al.*<sup>29</sup> e Adang *et al.*<sup>26</sup>, que evidenciaram uma idade média de 62 e 50 anos, respectivamente. Os dados dessa pesquisa devem-se ao fato de que a população atingida não é composta por uma maioria de indivíduos idosos, haja vista a numerosa população de jovens e adultos jovens que compõem a amostra deste estudo. O sintoma mais comumente encontrado como indicação para realização da EDA

foi dor epigástrica. Outros estudos demonstram esta mesma tendência<sup>24,25</sup>, como o de Johnsen *et al.*<sup>4</sup> em Sorreisa na Noruega, que é considerado pioneiro neste tipo de pesquisa. O resultado aqui encontrado pode ser verdadeiro ou pode-se considerar como um dado superestimado, sendo um viés de informação pois grande parte dos médicos quando solicita uma EDA escreve como indicação dor epigástrica, sem muitas vezes representar a realidade sintomática do paciente.

Nenhum laudo trouxe, como indicação para a realização da EDA, o sintoma de saciedade precoce. Dificilmente o paciente dispéptico apresenta apenas um sintoma isolado, sendo mais comum associação entre eles. Dessa forma, o grupo de achados denominado "Dispepsia" pode abranger qualquer um dos sintomas isolados ou agrupados.

A associação entre as indicações para realização de EDA com idade e sexo não se mostraram estatisticamente significantes neste estudo.

Kolk *et al.*<sup>25</sup> e Khan *et al.*<sup>24</sup> mostraram em seus trabalhos associações semelhantes, já que a prevalência de dor epigástrica e o perfil dos participantes eram parecidos. Em contrapartida, Johnsen *et al.*<sup>4</sup> e Alves *et al.*<sup>18</sup> observaram menor frequência deste sintoma, prevalecendo a dispepsia não específica, principalmente nos pacientes mais jovens.

Quanto à associação entre sexo e indicação para realização da EDA, há poucos estudos na literatura. Alves *et al.*<sup>18</sup> encontraram como principal indicação entre as mulheres a dispepsia não especificada e entre os homens a dor epigástrica. Na associação entre os achados endoscópicos e idade, observou-se que a gastrite enantematosa e/ou erosiva é mais prevalente na população entre 50 e 69 anos.

A inclusão do diagnóstico de gastrite sob o rótulo de achado endoscópico pode ser questionada e vai ao encontro à dúvida da necessidade de investigá-la e da real capacidade dessa condição em produzir sintomas<sup>45</sup>. A correlação entre os sintomas dispépticos e a gastrite constitui tema de controversia. A gastrite é muito frequente em indivíduos assintomáticos<sup>45</sup>, e sua prevalência aumenta com a idade podendo estar presente em mais de 50% dos indivíduos a partir da quinta década de vida<sup>46,47</sup>.

As erosões na mucosa gástrica são encontradas com frequência à endoscopia e são utilizadas como marcador para diagnóstico endoscópico das gastrites. Adang *et al.*<sup>26</sup>, em estudo prospectivo em que avaliaram a importância dos sintomas por meio de modelo de regressão logística, demonstraram que pacientes com gastrite endoscópica raramente poderiam ser discriminados daqueles com endoscopia normal. Esses resultados sugerem que os achados endoscópicos de gastrite não



devem ser utilizados para justificar as queixas dispépticas. Estudos mais específicos das alterações na mucosa, como a histopatologia, poderiam talvez permitir uma melhor caracterização deste achado.

Quando analisado a EDA normal com a idade, esta relação mostrou-se estatisticamente significativa quando comparada com a faixa etária abaixo dos 30 anos, independentemente da indicação (sintoma) apresentada. Este dado foi evidenciado por Haider *et al.*<sup>21</sup> e pode reforçar a ideia de não ser necessário realizar EDA em pacientes jovens se estes não possuem sintomas de alarme, como: sangramento gastrointestinal agudo ou crônico, perda de peso involuntária progressiva, disfagia progressiva, vômitos persistentes ou história familiar de câncer gástrico<sup>43</sup>.

Em contrapartida, quando analisado o câncer gástrico com a idade evidenciou-se, com relevância estatística, que na faixa etária acima de 70 anos a prevalência deste achado é maior. Esse dado concorda com aqueles encontrados por Haider *et al.*<sup>21</sup> e Durães *et al.*<sup>6</sup>.

Pode-se explicar essa tendência por um conjunto de fatores. A idade, por si só, já é relevante. Até 1950, a idade média da população era de 45 anos. Atualmente, a expectativa de vida pode chegar a 75 anos, em média. Um segundo fator é o hábito alimentar adquirido nos últimos 50 anos. O consumo de alimentos industrializados, em que constam conservantes, acidulantes, dentre outras muitas substâncias com intuito de preservar o alimento por meses e até mesmo anos, pode estar contribuindo para alterar, em maior ou menor grau, a mucosa gástrica. E, por último, pode-se destacar o fato de que a tecnologia na medicina vem avançando e métodos diagnósticos são aperfeiçoados ou criados, contribuindo para a elevação no número de diagnósticos.

Os resultados não foram conclusivos em relação à associação entre úlcera péptica e as faixas etárias. A utilização da endoscopia como padrão de referência para o diagnóstico da dispepsia deve ser questionada. Vários trabalhos presentes na literatura consultada sugerem que anormalidades histológicas podem ser demonstradas em um número significativo de pacientes com exames endoscópicos normais, questionando, assim, o que seja um trato gastrointestinal alto normal. Não foi realizado exame histopatológico dos pacientes incluídos, pois o objetivo foi a avaliação dos pacientes dispépticos à luz da endoscopia. Os conhecimentos adquiridos nesse estudo podem ser úteis para traçar o perfil de pacientes que devem ser submetidos à EDA, privilegiando pacientes que tenham sintomas de alarme e aqueles que já tenham uma hipótese diagnóstica que será apenas confirmada com o exame. Esta medida pode gerar redução de custos para a saúde pública, além de diminuir filas de espera para a realização do exame.

Finalizando, os achados endoscópicos em pacientes com sintomas dispépticos merecem ser mais estudados nas diversas populações mundiais, cada uma com sua peculiaridade, a fim de confirmar informações já encontradas, reafirmando estratégias de saúde já empregadas ou evidenciando dados diferentes que possam ajudar a estabelecer novas diretrizes.

## CONCLUSÃO

A prevalência de Endoscopias Digestivas Altas (EDA) com algum achado em pacientes dispépticos é alta. A gastrite enantematosa e/ou erosiva é o achado mais prevalente, seguido pelos exames com resultado normal.

A maioria dos laudos endoscópicos pertence ao sexo feminino, sendo a idade média dos pacientes 45 anos e 10 meses. O sintoma dispéptico mais prevalente entre os pacientes é a dor epigástrica.

A associação entre a indicação para realização da EDA com as faixas etárias e sexo não apresenta significância estatística neste estudo. Verifica-se que, em todas as faixas etárias e em ambos os sexos, a indicação mais comum é a dor epigástrica.

Na associação entre os achados endoscópicos e a idade, conclui-se que abaixo de 30 anos o mais comum é a EDA normal, sendo a prevalência deste achado 52% maior se comparada à faixa etária de 50 a 69 anos. Entre 30 e 69 anos encontra-se como mais comum a gastrite enantematosa e/ou erosiva. O câncer gástrico na faixa etária acima de 70 anos mostra-se 14 vezes maior se comparado à faixa etária de 30 a 49 anos. Quando associados os achados endoscópicos e o sexo, conclui-se que a gastrite enantematosa e/ou erosiva é o mais prevalente em ambos os sexos.

## REFERÊNCIAS

1. Grainger SL, Klass HJ, Rake MO, Williams JG. Prevalence of dyspepsia: the epidemiology of overlapping symptoms. *Postgraduate Med J* 1994; 70(821): 154-61.
2. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, *et al.* Functional gastroduodenal disorders 2006; 130(5): 1466-79.
3. Agreus L, *et al.* Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterol* 1995; 109(3): 671-80.
4. Johnsen R, *et al.* Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *Bmj* 1991; 302(6779): 749-52.
5. Geeraerts B, Tack J. Functional dyspepsia: past, present, and future. *J Gastroenterology* 2008; 43(4): 251-5.
6. Durães ESM, Fabris MR, Faraco AJ, Madeira KLLR. 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.

7. Ford AC, Forman D, Bailey AG, Axon ATR, Moayyedi P. Effect of dyspepsia on survival: A longitudinal 10-year follow-up study. *Am J Gastro* 2012; 107: 912-21.
8. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterol* 2006; 130(5): 1377-90.
9. Tack J, Lee KJ. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *J ClinGastroenterol* 2005; 39(5 Suppl 3): 211-6.
10. Rosenstock S, Kay L, Rosenstock C, Andersen LP, Bonnevie O, Jorgensen T. Relation between *Helicobacter pylori* infection and gastrointestinal symptoms and syndromes. *Gut* 1997; 41(2): 169-76.
11. Flier SN, Rose S. Is functional dyspepsia of particular concern in women? A review of gender differences in epidemiology, pathophysiologic mechanisms, clinical presentation, and management. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(12 Suppl): 644-53.
12. Coelho 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.* (vol 46 n.1) São Paulo 2000.
13. Woodward M, Morrison CE, McColl KE. The prevalence of dyspepsia and use of antisecretory medication in North Glasgow: role of *Helicobacter pylori* vs. lifestyle factors. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13(11): 1505-9.
14. Ford AC, Forman D, Bailey AG, Cook MB, Axon ATR, Moayyedi P. Who consults with dyspepsia? Results from a longitudinal 10-yr follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(5): 957-65.
15. Johnsen R, Bernersen B, Straume B, Forde OH, Bostad L, Burhol PG. Prevalences of endoscopic and histological findings in subjects with and without dyspepsia. *BMJ (Clinical research ed.)* 1991; 30; 302(6779): 749-52.
16. Asfeldt AM, Steigen SE, Lochen M-L, Straume B, Johnsen R, Bernersen B, et al. The natural course of *Helicobacter pylori* infection on endoscopic findings in a population during 17 years of follow-up: the Sørreisa gastrointestinal disorder study. *Europ J Epid* 2009; 24(10): 649-58.
17. Aro P, Storskrubb T, Ronkainen J, Bolling-Sternevald E, Engstrand L, Vieth M, et al. Peptic ulcer disease in a general adult population: the Kalixanda study: a random population-based study. *Am J Epid* 2006; 163(11): 1025-34.
18. Alves J. 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]. Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Medicina; 2006: 22.
19. Oliveira SS, Santos IS, Machado JF. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(3): 420-7.
20. Crean GP, Card WI, Beattie AD, Holden RJ, James WB, Knill-Jones RP. Ulcer-like dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1982(79): 9-15.
21. Haider I, Bangash MH, Faheem M, Ahmad I. Endoscopic Findings In 100 Patients Presenting with Dyspepsia. *JPMI* 2009; 23(3): 218-21.
22. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Pozzato P, et al. Dyspeptic Symptoms and Endoscopic Findings in the Community: The Loiano – Monghidoro Study. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 565-71.
23. Maso JM, Delaney B, Moayyedi P. Managing dyspepsia without alarm signs in primary care: new national guidance for England and Wales. *Aliment Pharmacol Ther* 2005(21): 1135 - 43.
24. Khan N, Shabbir G, Zarif M, Khattak MI. Upper gastrointestinal endoscopic assessment of patients presenting with dyspepsia. *JPMI* 2007; 21(3): 212-6.
25. Kolk H. Evaluation of symptom presentation in dyspeptic patients referred for upper gastrointestinal endoscopy in Estonia. *CMJ* 2004; 45(5): 592-8.
26. Adang RP, Ambergen AW, Talmon JL, Hasman A, Vismans JF, Stockbrugger RW. The discriminative value of patient characteristics and dyspeptic symptoms for upper gastrointestinal endoscopic findings: a study on the clinical presentation of 1147 patients. *Digestion* 1996; 57(2): 118-34.
27. Lindberg G, Seensalu R, Nilsson LH, Forsell P, Kager L, Knill-Jones RP. Transferability of a computer system for medical history taking and decision support in dyspepsia: a comparison of indicants for peptic ulcer disease. *Scand J Gastroenterol* 1987(128): 190-6.
28. Duggan JM. Accuracy of provisional diagnoses of dyspepsia in patients undergoing first endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(3): 283-8.
29. Talley NJ. Why do functional gastrointestinal disorders come and go? *Dig Dis Sci* 1994; 39(4): 673-7.
30. Tytgat GNJ. *H. pylori* and peptic ulcer disease: how to diagnose, how to treat. In: AGA Spring Postgraduate Course Syllabus. Washington: DDW Postgraduate Course; 1997. 23-36.
31. Thomson, ABR. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment - Prompt Endoscopy study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; Oxford, 1481-91.
32. Fedail SS, Araba BM, Homeida MM, Ghandour ZM. Upper gastrointestinal fiberoptic endoscopy experience in the Sudan: analysis of 2500 endoscopies. *Lancet* 1983; 2(8355): 897-9.
33. Johannessen T, Petersen H, Kleveland PM, Dybdahl JH, Sandvik AK, Brenna E, et al. The predictive value of history in dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1990; 25(7): 689-97.
34. Ayoola EA, Al-Rashed RS, Al-Mofleh IA, Al-Faleh FZ, Laajam M. Diagnostic yield of upper gastrointestinal endoscopy in relation to age and gender: a study of 10.112 Saudi patients. *Hepato-gastroenterol* 1996; 43(8): 409-15.
35. Stanghellini V, Tosetti C, Paternico A, Barbara G, Morselli-Labate AM, Monetti N, et al. Risk indicators of delayed gastric emptying of solids in patients with functional dyspepsia. *Gastroenterol* 1996; 110(4): 1036-42.
36. Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Ellis DJ, Fielding JWL. Early detection of gastric cancer. *BMJ* 1990; 301(6751): 513-5.
37. Choomsri P, Bumpenboon W, Wasuthit Y, et al. Upper Gastrointestinal Endoscopy Findings in Patients Presenting with Dyspepsia. *The THAI Journal of Surgery* 2010; 31: 7-12.
38. Talley, NJ.; VAKIL, Nimish; MOAYYEDI, Paul. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. *Gastroenterol* 2005; 1753-5.
39. Okello, TR. upper gastrointestinal endoscopic findings in adolescents at Lacor hospital, Uganda. *African Health Science* 2006; Uganda, 39-42.
40. Salkic NN, Zerem MZE, Smajic M, Gegic A, et al. Simple uninvestigated dyspepsia: age threshold for early endoscopy in Bosnia and Herzegovina. *Europ J Gastroenterol & Hepatol* 2009; 21(1): 39-44.
41. Saunders JH, Oliver RJ, Higson DL. Dyspepsia: incidence of a non-ulcer disease in a controlled trial of ranitidine in general practice. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986; 292(6521): 665-8.
42. Nyrén O, Adami HO, Gustavsson S, Lööf L. Excess sick-listing in nonulcer dyspepsia. *J ClinGastroenterol* 1986; 8(3 Pt 2): 339-45.
43. Loyd RA, McClellan DA. Update on the evaluation and management of functional dyspepsia. *Am Family Physic* 2011; 83(5): 547-52.
44. Misiewicz JJ, Tytgat GNJ, Goodwin CS, Price AB, Sipponen P, Strickland RG, et al. The Sidney System: a new classification of gastritis. *Working Party Reports* 1990: 1-10.
45. Cheli R, Simon L, Aste H, Figus IA, Nicolo G, Bajtai A, et al. Atrophic gastritis and intestinal metaplasia in asymptomatic hungarian and italian populations. *Endoscopy* 1980; 12: 105-8.
46. Siurala M, Sipponen P, Kekki M. Chronic gastritis: dynamic and clinical aspects. *Scand J Gastroenterol* 1985; 109: 69-76.
47. Ihamaki T, Saukkonen M, Siurala M. Long term observation of subjects with normal mucosa and with superficial gastritis: results of 23-27 years follow-up examinations. *Scand J Gastroenterol* 1978; 13: 771-5. prevalente em ambos os sexos.