



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

**PREVALÊNCIA DE ESÓFAGO DE BARRET EM PACIENTES PORTADORES DE
DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO ATENDIDOS EM UMA CIDADE
DO SUL DO MARANHÃO**

FELIPE CAIO ALENCAR FEITOSA DE SOUSA

Imperatriz, Maranhão
2023

FELIPE CAIO ALENCAR FEITOSA DE SOUSA

**PREVALÊNCIA DE ESOFAGO DE BARRET EM PACIENTES PORTADORES DE
DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO ATENDIDOS EM UMA CIDADE
DO SUL DO MARANHÃO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof.Dr. Marcos Antonio Custódio Neto da Silva

Imperatriz, Maranhão
2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Alencar Feitosa de Sousa, Felipe Caio.

PREVALÊNCIA DE ESOFAGO DE BARRET EM PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO ATENDIDOS
EM UMA CIDADE DO SUL DO MARANHÃO / Felipe Caio Alencar
Feitosa de Sousa. - 2023.

15 p.

Orientador(a): Marcos Antonio Custódio Neto da Silva.
Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Imperatriz - Ma, 2023.

1. Esôfago de Barrett. 2. Adenocarcinoma Esofágico.
3. Metaplasia. I. Custódio Neto da Silva, Marcos
Antonio. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Felipe Caio Alencar Feitosa de Sousa

Título: PREVALÊNCIA DE ESOFAGO DE BARRET EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO ATENDIDOS EM UMA CIDADE DO SUL DO MARANHÃO

Orientador: Prof. Dr. Marcos Antonio Custódio Neto da Silva
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a XX/XX/2023, considerou

Aprovado ()

Reprovado ()

Banca examinadora:

Prof. Dr. Marcos Antonio Custódio Neto da Silva
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

Prof. Esp. Melissa Marra Cesário Giacomini
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

Prof. Ms. Elaine Rocha Meirelles Rodrigues
Universidade Federal do Maranhão- Curso de Medicina/CCIm

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	12
DISCUSSÃO.....	13
CONCLUSÃO.....	17
AGRADECIMENTOS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO A.....	21
ANEXO B.....	31
APÊNDICE A.....	35

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Título: Prevalência de Esôfago de Barret em pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico atendidos em uma cidade do sul do Maranhão.

Autores: Felipe Caio Alencar Feitosa de Sousa, Marcos Antonio Custódio Neto da Silva

Status: Não Submetido

Revista: Arquivos de Gastroenterologia

ISSN: 1678-4219

Fator de Impacto: Qualis B2

DOI: Não disponível

TÍTULO

Prevalence of Barret's Esophagus in patients with Gastroesophageal Reflux Disease assisted in a city on the south of Maranhão.

Prevalência de Esôfago de Barret em pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico atendidos em uma cidade do sul do Maranhão.

AUTORES

Felipe Caio Alencar Feitosa de Sousa. Endereço: Rua Projetada A, número 8 A, Parque do Buriti, Imperatriz-MA. e-mail: felipe.caio@discente.ufma.br, ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8436-6299>

Marcos Antonio Custódio Neto Da Silva. Endereço: Avenida Pedro Neiva de Santana, 12000, Condomínio Jandaia, Lote 08, quadra 1, Imperatriz – MA. E-mail: marcos.antonio@ufma.br

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Declaramos que não há conflito de interesses

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não houve

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Felipe Caio A: collect, statistical analysis of data and writing of the text

Marcos A: contributions to the development of the study and interpretation of data.

Review for approval of the final version.

RESUMO

Contexto: O esôfago de Barrett se manifesta como uma consequência do refluxo gastroesofágico, que provoca a conversão do revestimento esofágico habitualmente escamoso em um revestimento colunar especializado, contendo células caliciformes. Essa condição carrega consigo o risco potencial de evoluir para malignidade. No entanto, o entendimento do perfil sociodemográfico associado a essa condição, especialmente na região sul do Maranhão, carece de informações, o que por sua vez dificulta a detecção precoce e o diagnóstico. **Objetivo:** Analisar a prevalência e fatores associados ao de esôfago de Barret em pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico atendidos em uma cidade do Sul do Maranhão. **Métodos:** Este estudo descritivo observacional teve uma abordagem quantitativa e analítica, usando dados de laudos de biópsias dos prontuários médicos do Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, em Imperatriz-MA, e do laboratório de histopatologia HISTOPATH. A amostra incluiu biópsias de esôfago realizadas entre janeiro de 2019 e agosto de 2022, em indivíduos de 18 anos ou mais, admitidos nesses locais com suspeita de Esôfago de Barrett. As variáveis foram idade, sexo e presença de metaplasia intestinal. No total, foram conduzidas 274 amostras onde a associação entre o desfecho em estudo e as variáveis contínuas ocorreu por meio do teste de Wilcoxon. **Resultados:** Ao longo do período temporal estudado de 2019 a 2022, foram encaminhadas 274 biópsias para estudo histopatológico de lesões de mucosa esofágica. Do total das amostras analisadas, a prevalência de esôfago de Barrett foi de 5,5% (n=15), observou-se que 4 amostras foram positivas para displasia, sendo todas displasia de baixo grau (100%, n=4) com displasia de baixo grau. Em relação ao sexo, 140 (51%) das amostras eram do sexo masculino e 49% do sexo feminino. O esôfago de Barrett foi mias prevalente no sexo masculino (60%, n= 9). **Conclusão:** Com base na amostra populacional e na abordagem metodológica utilizada, foi possível identificar e descrever pacientes ao longo de um período temporal considerável. Os resultados obtidos na população estudada, foi possível observar uma maior prevalência do esôfago de Barrett quando comparada a literatura científica internacional e nacional.

PALAVRAS-CHAVE: Esôfago de Barrett, Adenocarcinoma esofágico, Metaplasia.

ABSTRACT

Context: Barrett's esophagus manifests as a consequence of gastroesophageal reflux, which leads to the conversion of the typically squamous esophageal lining into specialized columnar lining containing goblet cells. This condition carries the potential risk of progressing to malignancy. However, understanding the sociodemographic profile associated with this condition, especially in the southern region of Maranhão, lacks information, thereby hindering early detection and diagnosis. **Objective:** To analyze the prevalence and factors associated with Barrett's esophagus in patients with gastroesophageal reflux disease treated in a city in Southern Maranhão. **Methods:** This descriptive observational study employed a quantitative and analytical approach, using biopsy data from medical records of the Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto in Imperatriz-MA and the HISTOPATH histopathology laboratory. The sample included esophageal biopsies conducted between January 2019 and August 2022, in individuals aged 18 years and older, admitted to these locations with suspected Barrett's esophagus. The variables were age, gender, and presence of intestinal metaplasia. In total, 274 samples were analyzed, and the association between the outcome under study and continuous variables was assessed using the Wilcoxon test. **Results:** Over the study period from 2019 to 2022, 274 biopsies were submitted for histopathological study of esophageal mucosal lesions. Out of the total analyzed samples, the prevalence of Barrett's esophagus was 5.5% (n=15). It was observed that 4 samples were positive for dysplasia, all of which were low-grade dysplasia (100%, n=4) with low-grade dysplasia. Regarding gender, 140 (51%) of the samples were male and 49% were female. Barrett's esophagus was more prevalent in males (60%, n=9). **Conclusion:** Based on the population sample and methodological approach used, it was possible to identify and describe patients over a considerable time period. The results obtained in the studied population revealed a higher prevalence of Barrett's esophagus compared to the international and national scientific literature.

KEYWORDS: Barrett's esophagus, Esophageal adenocarcinoma, Metaplasia

INTRODUÇÃO

O esôfago de Barrett (EB) é a principal complicação crônica da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), e se caracteriza pela presença de metaplasia intestinal induzida pelo refluxo do ácido gástrico de forma continuada. O aspecto histológico das lesões irá assemelhar o epitélio ao da mucosa intestinal. As lesões de Barrett são consideradas pré-malignas com probabilidade de desenvolver adenocarcinoma esofágico (ACE). Acredita-se que 5 a 10% da população com DRGE poderá desenvolver esôfago de Barrett, sendo associados fatores de risco como DRGE, idade avançada, sexo masculino, história familiar de EB ou ACE, obesidade e tabagismo. Apesar da metaplasia, boa parte dos casos são vistos com sintomas associados diretamente a DGRE. ⁽¹⁾

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil o câncer de esôfago é o sexto mais frequente entre os homens e o 15º entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. É o oitavo mais frequente no mundo e a incidência em homens são cerca de duas vezes maiores do que em mulheres, sendo o esôfago de Barrett o principal fator de lesão pré-neoplásica associada ao adenocarcinoma esofágico. Nas fases iniciais, o CA de esôfago não apresenta manifestações clínicas, o que pode ser um fator preponderante no mal prognóstico dos pacientes ao serem diagnosticados tardiamente. Essa neoplasia possui uma taxa de sobrevida de 15% e 20% em 5 anos. Nesse sentido, a triagem e o rastreamento para EB visa detectar displasia e a possível neoplasia em estágio precoce e potencialmente curável nos pacientes associados com fatores de risco. ⁽²⁾

Quanto ao diagnóstico do esôfago de Barrett, pode-se evidenciar alterações na mucosa do terço distal, como mucosa rosa-salmão, porém o diagnóstico final deve ser confirmado por biópsias seriadas. Apesar das divergências, o consenso é que para considerar o diagnóstico de EB deve-se haver mucosa revestida pelo epitélio colunar no esôfago >1cm no terço distal, sendo fundamental a biópsia para visualização da metaplasia. Contudo em alguns pacientes que existe a suspeita sem metaplasia, recomenda-se a endoscopia repetida para confirmar ou refutar o diagnóstico. Já o tratamento pode ser realizado através de terapia medicamentosa, terapia endoscópica e terapia cirúrgica, com a recomendação de inibidores de bomba de prótons (IBP) em dose dobrada nesses casos. ^(3,11)

Apesar das diversas complicações, muitos pacientes que possuem a condição não procuram o auxílio médico adequado, uma vez que os sintomas habituais geralmente se mascaram por trás de queixas de pirose ou regurgitação, subnotificando tanto a DRGE bem como a sua possível complicação pré-neoplásica. Entretanto, devido ao caráter de potencial evolução neoplásica é de grande significância o rastreamento adequado, identificando corretamente o perfil desses pacientes na região sul do Maranhão com o objetivo de incentivar o diagnóstico precoce e aprimorar o manejo adequado para os indivíduos acometidos pelo esôfago de Barrett.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência e fatores associados ao de esôfago de Barret em pacientes portadores de doença do refluxo gastroesofágico atendidos em uma cidade do Sul do Maranhão.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo, transversal, de natureza quantitativa e abordagem analítica.

A pesquisa utilizou a verificação de dados em laudos de biópsias em prontuários médicos de domínio do Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, em Imperatriz-MA, junto aos dados do laboratório de histopatologia HISTOPATH.

Foram consideradas na composição da amostra do estudo todas as biópsias de esôfago encontradas no banco de dados do laboratório, do período de janeiro de 2019 a agosto de 2022. Empregou-se, como critérios de inclusão, indivíduos, de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, que tenham realizado biópsia com hipótese diagnóstica Esôfago de Barrett, admitidos no Macrorregional Dra. Ruth Noleto e no laboratório HISTOPATH. As variáveis consideradas foram: Idade, sexo, presença ou não da metaplasia intestinal.

No período analisado, encontrou-se um total de 274 amostras que foram tabuladas e analisadas no programa de edição de planilhas Microsoft Office Excel (versão 365) e importadas para o programa estatístico de acesso aberto R Studio (R Core Team, 2023). Para as variáveis contínuas, foi realizado teste de Shapiro-Wilk para avaliar o pressuposto de normalidade. Uma vez rejeitado o pressuposto ($p < 0,05$), elas foram expressas em medianas e intervalos interquartis (IIQ).

A associação entre o desfecho em estudo e as variáveis contínuas ocorreu por meio do teste de Wilcoxon. A associação entre o desfecho e variáveis categóricas ocorreu por meio do teste Exato de Fisher. A significância estatística foi estabelecida em $p < 0,05$.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob número 5.696.175/2022.

RESULTADOS

Ao longo do período temporal estudado de 2019 a 2022 foram encaminhadas 274 biópsias para estudo histopatológico de lesões de mucosa esofágica. Do total das amostras analisadas, a prevalência de esôfago de Barrett foi de 5,5% (n=15).

Em relação à presença de displasia, observou-se que 4 amostras foram positivas para displasia, sendo todas displasia de baixo grau (100%, n=4) com displasia de baixo grau. (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do esôfago de Barrett e sua associação com displasia em Imperatriz-MA de janeiro de 2019 a agosto de 2022.

Variáveis	Sem displasia, N = 270 ¹	Displasia de baixo grau, N = 4 ¹	p-value ²
Barrett			< 0,001
Não	259 (95,9%)	0 (0,00%)	
Sim	11 (4,1%)	4 (100,00%)	

Fonte: autoria própria (2023)

Em relação ao sexo, 140 (51%) das amostras eram do sexo masculino e 49% do sexo feminino. O esôfago de Barrett foi mais prevalente no sexo masculino (60%, n= 9) (Tabela 2).

No que tange o perfil etário da amostra, ficou evidente que os 15 casos positivos para a metaplasia intestinal ocorreram em pacientes na faixa etária de 41 a 62 anos, sendo a média de 47 anos, enquanto isso, os casos negativos foram nos pacientes entre 39 e 67 anos, sendo a média de 54 anos.

Tabela 2. Análise da prevalência de Barrett entre os sexos e faixa etária em Imperatriz-MA de 2019 a 2022.

Variáveis	Não, N = 259 ¹	Sim, N = 15 ¹	p-value ²
Idade (média)	54 (39 - 67)	47 (41 - 62)	0,556
Sexo			0,621
F	127 (49,03%)	6 (40,00%)	

M	131 (50,58%)	9 (60,00%)
---	--------------	------------

Fonte: autoria própria (2023)

Ao analisar o cenário de evolução da metaplasia para o grau de displasia, evidenciou-se a presença de displasia de baixo grau em cerca de 1,47% (N=4) do total da amostra, em contrapartida, 269 pacientes não tiveram alteração. Outrossim, o achado da metaplasia de Barrett foi positiva em 15 casos (5,5%), sendo os outros 259 indivíduos negativos para metaplasia (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação da displasia no epitélio esofágico com metaplasia intestinal em Imperatriz-MA de 2019 a 2022.

Variáveis	N = 274 ¹
Barrett	
Não	259 (94,53%)
Sim	15 (5,47%)
Displasia	
Baixo	4 (1,47%)
Não	269 (98,53%)

Fonte: autoria própria (2023)

DISCUSSÃO

O Esôfago de Barrett consiste em uma transformação metaplásica do tecido epitelial que reveste a mucosa do esôfago. Nesse processo, as células epiteliais escamosas normais são substituídas por células epiteliais especializadas, semelhantes às encontradas no revestimento do intestino colunar. ⁽⁴⁾.

Essa transformação acontece como resultado da exposição contínua da mucosa esofágica aos componentes do conteúdo gástrico (como preparados, substâncias alcalinas ou uma combinação dos dois). O Esôfago de Barrett (EB) é uma complicação que surge em pacientes com doença de refluxo gastroesofágico (DRGE), e essa transformação envolve um aumento na multiplicação das células e na evolução do tecido, podendo evoluir para um estado de displasia. Existem diversos fatores que podem aumentar o risco de desenvolver o Esôfago de Barrett. Esses fatores incluem ser do sexo masculino, ter uma idade mais avançada, ter histórico familiar da doença, sofrer de DRGE por um período prolongado, ser fumante, estar acima do peso e pertencer à raça caucasiana. ⁽⁵⁾.

As ocorrências do esôfago de Barrett evidenciam uma predominância significativamente maior em homens, alcançando uma incidência duas a três vezes superior em comparação com mulheres. Ademais, à medida que as pessoas envelhecem, a probabilidade de detectar casos de esôfago de Barrett durante exames endoscópicos tende a crescer. Isso significa que a presença do esôfago de Barrett se torna mais provável à medida que a idade avança, destacando a relação entre o envelhecimento e essa condição. ⁽⁶⁾. A causa exata por trás dessa discrepância ainda permanece desconhecida, no entanto, várias teorias plausíveis podem ser pensadas para explicar essa disparidade. Um estudo realizado por Banki e seus colegas em 2005 explora diversas hipóteses que podem contribuir para a menor incidência do esôfago de Barrett no sexo feminino.

As razões subjacentes a essa discrepância não são completamente compreendidas, porém, várias teorias têm sido debatidas para explicar essa disparidade. No estudo de Banki, algumas suposições plausíveis são exploradas a fim de entender por que o sexo feminino parece ser menos afetado por essa condição. Uma das possíveis justificativas está relacionada à composição da mucosa escamosa no esôfago feminino, que poderia apresentar uma resistência mais elevada a lesões. Além disso, é sugerido que as proteínas femininas, incluindo o estrogênio, poderiam produzir um efeito protetor. Outras teorias também foram consideradas. Por exemplo, é aventada a hipótese de que a doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) seja menos grave em mulheres em comparação com homens, o que poderia contribuir para a menor incidência de esôfago de Barrett. Outra explicação é a possibilidade de que as mulheres refluem um tipo diferente de material gástrico, em comparação aos homens, o que poderia influenciar os padrões de desenvolvimento da condição. No

entanto, apesar dessas hipóteses pendentes, ainda não existe uma conclusão definitiva sobre a causa dessa disparidade. ⁽⁷⁾

Neste estudo em particular, a taxa de ocorrência do esôfago de Barrett, conforme identificado nos laudos de análises histopatológicas do tecido esofágico, foi aproximadamente de 5,5% (15) amostras, ocorrendo maior prevalência entre o sexo masculino, correspondendo um total de 60% (9) laudos positivos. Além disso, a faixa etária mediana dos portadores de EB foi encontrada dentro dos 47 anos (41-62). Tal prevalência mostra-se elevada quando comparada a outras regiões geográficas, já que em uma revisão literária desenvolvida por Marques de Sá em 2020, estimou-se que a prevalência de EB ronda os 1,96%.

Em comparação com outros estados, o presente estudo revelou uma prevalência notavelmente maior. Isso fica evidente quando consideramos um artigo controlado por Diego Michelin no estado do Rio Grande do Sul em 2017. Nesse estudo, dos 5996 pacientes avaliados, apenas 107 (1,8%) foram aprovados com epitelização colunar. Essa baixa taxa de diagnóstico chama atenção, especialmente levando em conta as características da população da região. Teoricamente, essas características seriam fatores de risco mais proeminentes para o desenvolvimento da metaplasia. Por conseguinte, é notório que a região de Imperatriz, situada no sul do Maranhão, apresentou uma incidência significativamente maior de casos. Isso contrasta com a região de alto risco para o desenvolvimento do esôfago de Barrett, e indica que a incidência observada em Imperatriz supera aquela da região considerada de risco elevado ⁽⁴⁾

Os demais dados se mostram significativos, já que podem sugerir um fator de risco ao desfecho, uma vez que a pesquisa realizada por Fabian e Leung em 2021 ressalta que os homens apresentam uma probabilidade significativamente maior em relação às mulheres, com uma relação de ocorrência na proporção de 2:1, quando se trata de esôfago de Barrett (EB). Junto a isso, destaca que indivíduos em faixas etárias mais avançadas têm uma tendência maior de serem afetados em comparação aos mais jovens. ⁽⁸⁾ Essa observação está em consonância com as conclusões extraídas do presente estudo.

Ademais, dado que o Esôfago de Barrett (EB) representa uma condição pré-maligna, a displasia representa a manifestação inicial no aspecto morfológico do fenômeno neoplásico e assume um papel direcionador nas decisões clínicas em relação aos pacientes com EB. Estudos relacionados à carcinogênese corroboram

que a fase de displasia antecede visivelmente a manifestação macroscópica da neoplasia. Do ponto de vista histológico, uma displasia equivale a uma forma de neoplasia que se desenvolve no interior do epitélio. Esse estágio é marcado por anomalias celulares restritas à camada epitelial, sem invasão da barreira basal. Os graus utilizados para a alteração da mucosa são: displasia de baixo grau, displasia de alto grau e indefinido para displasia. ⁽⁹⁾

Nesse contexto, as análises realizadas na amostra total, demonstrou que presença de displasia ocorreu em cerca de 1,47%, o que seria relativo a 4 amostras. Sendo essas, 100% displasias de baixo grau. Dentre esses laudos para displasias, todos estavam associados a metaplasia intestinal de Barrett. Demonstrando significância na correlação entre a apresentação de EB e a displasia, sendo assim, os pacientes que desenvolveram a displasia de baixo grau, todos estão associados com a lesão precursora, podendo evoluir para a neoplasia maligna do adenocarcinoma esofágico. Tal achado vai de encontro ao estudo de Lucas Cornelis, uma vez que o risco de progressão para o adenocarcinoma esofágico em pacientes com EB com displasia de baixo grau (LGD) é mal estimado, com taxas de incidência anual variando de 0,2% a mais de 3% ao ano apenas em grandes estudos. ⁽¹⁰⁾

Contudo, este estudo apresenta algumas limitações quanto ao seu desenho retrospectivo, como o uso de dados obtidos e intercorrências em relação ao acesso a informações que somariam na construção e análise de demais variáveis que podem estar associadas a ao desenvolvimento do esôfago de Barrett, como por exemplo: sinais e sintomas, tabagismo, história familiar, obesidade e raça. Como pontos positivos ressalta-se a possibilidade de poder traçar um dado epidemiológico para a região acerca dessa lesão neoplásica, pois a formação do conjunto de informações pode desempenhar um papel fundamental como ponto de partida para outras pessoas estudadas. Na prática, a coleta das principais particularidades dos pacientes diagnosticados com EB, representa um alicerce teórico para orientar a análise dos médicos, fornece suporte na avaliação dos pacientes que recebem exames endoscópicos detalhados e colabora com a identificação antecipada de uma condição com potencial de desenvolver neoplasias.

CONCLUSÃO

Com base na amostra populacional e na abordagem metodológica utilizada, foi possível identificar e descrever pacientes ao longo de um período temporal considerável. Os resultados obtidos na população estudada, foi possível observar uma maior prevalência do esôfago de Barrett quando comparada a literatura científica internacional e nacional. Concomitante a tal achado, as variáveis que abordavam indivíduos do sexo masculino e com idade superior a 40 anos foram concordantes com a literatura, uma vez que podem apresentar uma maior incidência de Esôfago de Barrett.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha família por todo suporte, dedicação e apoio incondicionais ao longo da vida. Sem vocês, nada valeria a pena. Agradeço aos meus amigos, que me incentivaram e estiveram presentes em todos os momentos. Ainda, agradeço ao meu orientador, Dr. Marcos Antonio Custódio pela atenção e empenho. Por fim, agradeço a todos àqueles que me inspiram a ser uma pessoa melhor a cada dia.

REFERÊNCIAS

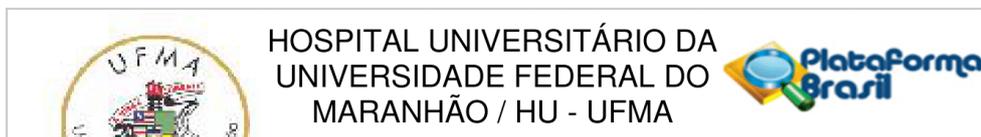
1. Tanțău M, Laszlo M, Tanțău A. Barrett s Esophagus - State of the Art. *Chirurgia*. 2018;113(1):46.
2. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Estimativa 2020. Incidência de Câncer no Brasil. INCA, [s. l.], 2020.
3. Clermont MP, Falk GW. Clinical Guidelines Update on the Diagnosis and Management of Barrett's Esophagus. *Digestive Diseases and Sciences* [Internet]. 2018 Apr 18 [cited 2023 Aug 20];63(8):2122–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29671159/>
4. Silva. Perfil epidemiológico de pacientes com esôfago de Barrett em um serviço de patologia de Passo Fundo-RS. *Uffsedubr* [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug 20]; Available from: <https://rd.uffs.edu.br/handle/prefix/4470>
5. Sharma P, Shaheen NJ, Katzka DA, Bergman J. AGA Clinical Practice Update on Endoscopic Treatment of Barrett's Esophagus With Dysplasia and/or Early Cancer: Expert Review. *Gastroenterology* [Internet]. 2020 Feb 1;158(3):760–9
6. Cook MB, Wild CP, Forman D. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Sex Ratio for Barrett's Esophagus, Erosive Reflux Disease, and Nonerosive Reflux Disease. *American Journal of Epidemiology* [Internet]. 2005 Oct 12 [cited 2023 Aug 20];162(11):1050–61. Available from: <https://academic.oup.com/aje/article/162/11/1050/185262>
7. Barrett's Esophagus in Females: A Comparative Analysis of... : Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG [Internet]. LWW. 2023 [cited 2023 Aug 20]. Available from: https://journals.lww.com/ajg/abstract/2005/03000/barrett_s_esophagus_in_females_a_comparative.11.aspx
8. Fabian T, Alexander. Epidemiology of Barrett's Esophagus and Esophageal Carcinoma. *Surgical Clinics of North America* [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2023 Aug 20];101(3):381–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003961092100013X?via%3Dihub>
9. Aparecida M. Esôfago de Barrett e displasia: critérios diagnósticos. *Jornal Brasileiro De Patologia E Medicina Laboratorial* [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2023 Aug 20];40(3):185–91. Available from: <https://www.scielo.br/j/jbpml/a/fXBrVkZdYs4VkvSMXWwYqpP/abstract/?lang=pt>
10. Lucas Cornelis Duits, K Nadine Phoa, W.L. Curvers, Jacques. Barrett's oesophagus patients with low-grade dysplasia can be accurately risk-stratified after... [Internet]. *ResearchGate*. *BMJ*; 2014 [cited 2023 Aug 20]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/264641309_Barrett's_oesophagus_patients

[with low-grade dysplasia can be accurately risk-stratified after histological review by an expert pathology panel](#)

11. Qumseya BJ, Sultan S, Bain P, Jamil LH, Jacobson BC, Sharmila Anandasabapathy, et al. ASGE guideline on screening and surveillance of Barrett's esophagus. *Gastrointestinal Endoscopy* [Internet]. 2019 Sep 1;90(3):335-359.e2.

ANEXO A

‘PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP’



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS AO ESÓFAGO DE BARRETT EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO ATENDIDOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO MARANHÃO

Pesquisador: Marcos Antonio Custódio Neto da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57473422.0.0000.5086

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.696.175

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa: Data de Submissão do Projeto: 10/10/2022 Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1900947.pdf Versão do Projeto: 3

RESUMO

Introdução: O esôfago de Barrett é a principal complicação crônica da Doença do Refluxo Gastroesofágico, onde a metaplasia histológica do esôfago será induzida pelo refluxo do ácido gástrico. As lesões de Barrett são consideradas pré-malignas com probabilidade de desenvolver adenocarcinoma esofágico. Acredita-se que 5 a 10% da população com refluxo poderá desenvolver esôfago de Barrett, sendo associados fatores de risco como doença do refluxo gastroesofágico, idade avançada, sexo masculino, história familiar de esôfago de Barrett ou adenocarcinoma de esôfago, obesidade e tabagismo. Justificativa: Por ser uma alteração histológica que afeta boa parte dos pacientes portadores de Doença do refluxo gastroesofágico, sendo considerado uma lesão pré-maligna com potencial de evoluir para adenocarcinoma de Esôfago, é de extrema importância definir o perfil epidemiológico desses pacientes e os fatores de risco associados, contribuindo para o possível diagnóstico precoce e controle da progressão da doença. Assim, os

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

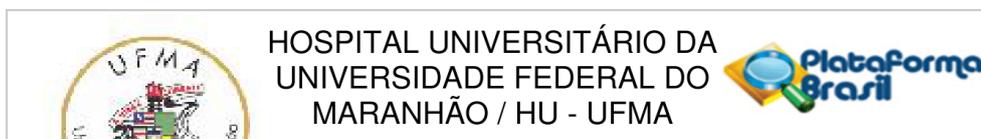
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

estabelecer localmente o perfil dos pacientes acometidos com Esôfago de Barrett, bem como a prevalência, fatores de risco envolvidos, faixa etária mais acometida e outros determinantes que poderão servir de direcionamento para a implementação de políticas públicas voltadas à prevenção e ao diagnóstico precoce, afim de melhorar o tratamento e antecipando o desenvolvimento de neoplasias esofágicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância pois O Esôfago de Barrett é uma alteração histológica que afeta boa parte dos pacientes portadores de Doença do Refluxo Gastroesofágico, a patologia mais comum do trato gastrointestinal, sendo considerado uma lesão pré-maligna com potencial de evoluir para adenocarcinoma de Esôfago (SWATHI ELURI, 2020). É de extrema importância definir o perfil epidemiológico desses pacientes, uma vez que, o conhecimento da prevalência e dos fatores de risco poderá contribuir significativamente para o melhor manejo desses pacientes. Assim, os dados e informações produzidas poderão servir como base para ajudar profissionais da saúde a ter um melhor conhecimento do paciente com essa alteração. Quando se fala da Região Nordeste do Brasil, percebe-se uma escassez em trabalhos envolvendo tal condição. Desse modo o trabalho apresentará grande valor para a saúde pública tanto nacional quanto local, pois ao se tratar de rastreamento de lesões pré-neoplásicas, o conhecimento acerca do perfil dos pacientes e a definição de estratégias de seguimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Cronograma, Autorização do gestor, Orçamento Detalhado, Projeto Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

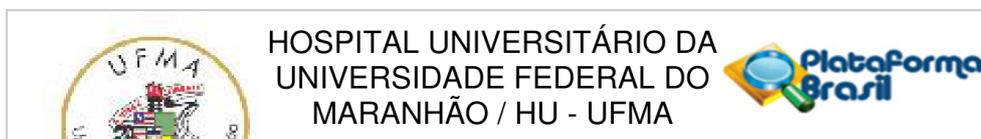
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

OBJETIVO SECUNDÁRIO

Investigar a prevalência do Esôfago de Barrett em um hospital de referência no município de Imperatriz do Maranhão. Quantificar os casos diagnosticados que são portadores da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes, com enfoque no gênero, idade, etnia, cor de pele e atividades. Comparar os resultados encontrados com a literatura recente, estabelecendo correlações. Analisar os aspectos clínicos, condutas, prognósticos e desfechos nos casos encontrados. Avaliar os fatores de riscos associados ao desenvolvimento do esôfago de Barrett.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o Pesquisador, quanto aos:

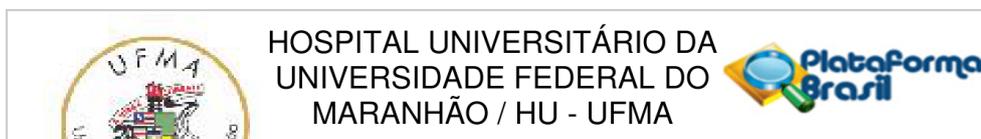
RISCOS

Devido a forma que será realizada a coleta e análise de dados presentes nos prontuários médicos, não haverá contato direto com os pacientes. Entretanto, nenhuma pesquisa está isenta de riscos, mesmo que sejam mínimos. Os riscos podem estar presentes na coleta de dados, uma vez que será necessário a utilização de prontuários preenchidos completamente e intactos, a integridades desses documentos juntamente com a confidencialidade dos dados contidos nesses. A divulgação indevida das informações encontradas, com quebra do sigilo e invasão de privacidade dos pacientes. Para minimizar tais transtornos, serão tomadas medidas quanto ao manuseio correto dos prontuários e a mobilização de dados, conforme os limites permitidos pela 14 Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 2012, com o intuito de garantir a integridade dos documentos e respeitar o sigilo dos pacientes. Apenas a equipe envolvida na pesquisa terá acesso aos prontuários e aos questionários aplicados. Os dados serão armazenados em planilhas e não haverá identificação nominal dos participantes.

BENEFÍCIOS

Apesar da pesquisa não apresentar um retorno diretamente para a população que contribuirão com a análise, ela apresenta forte benefício social. Mediante a análise dos dados será possível

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Serão incluídos na amostra indivíduos, de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, de quaisquer etnias, que tenham sido diagnosticados com Esôfago de Barrett, e admitidos no Macrorregional Dra. Ruth Noleto no período de fevereiro a agosto no ano de 2022.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Serão excluídos da amostra pacientes que apresentarem idade inferior a 18 anos, isto é, crianças e adolescentes, bem como aqueles que apresentarem prontuários incompletos. Ademais, serão desconsiderados aqueles que não foram diagnosticados e admitidos no período em análise..

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos serão inseridos em uma planilha eletrônica do "Microsoft Excel 2016", tabulados e avaliados quanto as possíveis associações, por meio de estatística descritiva, utilizando o software "Statistical Package for the Social Sciences" – SPSS (em sua versão 22.0). A partir disso, considerando o ponto de corte de 0,05, poderão ser determinadas ou descartadas correlações entre as variáveis, mediante o grau de significância..

DESFECHO PRIMÁRIO

Espera-se que a partir deste estudo, será possível traçar a prevalência local do Esôfago de Barrett e sua associação com a Doença do Refluxo Gastroesofágico, como também os fatores de risco associados no desenvolvimento da condição. Com o perfil epidemiológico regional traçado, será possível a melhora no diagnóstico e manejo precoce no paciente portador, bem como o desenvolvimento de atividades no âmbito público com o intuito da prevenção.

TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL: 82

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar a prevalência e fatores associados ao Esôfago de Barrett em pacientes portadores da Doença do Refluxo Gastroesofágico em um hospital de referência no interior do maranhão de 2019 a 2022..

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

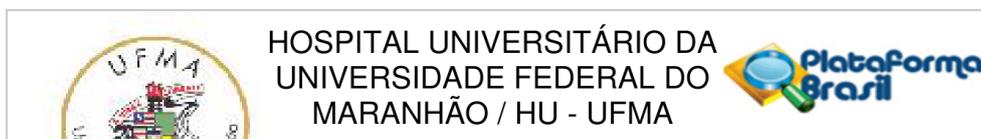
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

Macrorregional Dra. Ruth Noleto, em Imperatriz-MA, no período de 2019 a 2021 Os prontuários médicos serão analisados e os dados coletados através de um instrumento adaptado que irá catalogar os seguintes dados, número do atendimento, sexo, idade, cor da pele, grau de escolaridade, estado civil, ademais avaliar hábitos de vida como tabagismo e/ou etilismo, a história pregressa familiar de câncer de esôfago, utilização de medicamento do tipo Inibidor da bomba de prótons, se há lesão do tipo Barrett no esôfago com sua classificação (longo ou curto), resultado da biópsia e endoscopia para realizar a associação dos achados clínicos com a presença ou não da doença do refluxo gastroesofágico. AmostraA amostra será por conveniência, considerando todos os pacientes diagnosticados com Esôfago de Barrett associado com a doença do refluxo gastroesofágico atendidos no Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noleto, no período em análise, conforme definido nos critérios de inclusão e exclusão. Considerando que a prevalência do esôfago de Barrett no Brasil é de 0,8% em pacientes com sintomas típicos de DRGE segundo dados de de Carli et al (2017) foi possível aplicar o cálculo amostral, com uma margem de erro aceitável de 5%. Por se tratar de uma amostra finita, visto que o número de casos é pequeno em relação a população total, utilizamos a fórmula de cálculo para uma população finita que corresponde a: $n_0 = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$ onde n_0 é o tamanho da amostra na população. Onde n_0 é igual a: Legenda: $z(K)^2$ = valor na tabela do teste t-student com $(n-1)$ graus de liberdade para o intervalo de confiança; d = erro Tendo em consideração a pesquisa realizada por de Carli et.al (2017), que encontrou 47 casos temos que: Inicialmente determinou-se $n_0: n_0 = \frac{1,96^2 \cdot (0,05)^2}{(0,05)^2} = 384,16$ Substituindo n_0 temos: $n = \frac{384,16}{1 + ((384,16 - 1) / 47)} = 41,98$ Se entendermos que este trabalho será executado em um período correspondente a um ano, temos uma amostra final de 82 pacientes. Critérios de inclusão Serão incluídos na amostra indivíduos, de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, de quaisquer etnias, que tenham sido diagnosticados com Esôfago de Barrett, e admitidos no Macrorregional Dra. Ruth Noleto no período de fevereiro a agosto no ano de 2022. Critérios de exclusão Serão excluídos da amostra pacientes que apresentarem idade inferior a 18 anos, isto é, crianças e adolescentes, bem como aqueles que apresentarem prontuários incompletos. Ademais, serão desconsiderados aqueles que não foram diagnosticados e admitidos no período em análise. Os dados obtidos serão inseridos em uma planilha eletrônica do "Microsoft Excel 2016", tabulados e avaliados quanto as possíveis associações, por meio de estatística descritiva, utilizando o software "Statistical Package for the Social Sciences" – SPSS (em sua versão 22.0). A partir disso, considerando o ponto de corte de 0,05, poderão ser determinadas ou descartadas correlações entre as variáveis, mediante o grau de significância.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

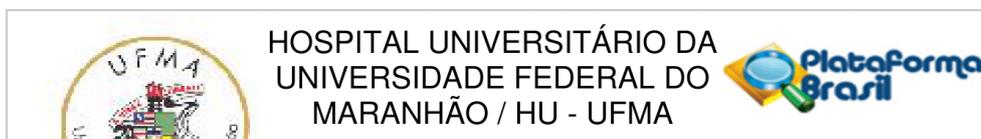
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

cirúrgica. Recomendase a utilização de inibidores de bomba de prótons (IBP) em dose dobrada nesses casos. (SHAHEEN et al., 2016) Os avanços na terapia endoscópica na última década ampliaram o grupo de pacientes com EB que podem ser considerados para intervenção, bem como diminuíram a necessidade de esofagectomia nessa população. A dissecação endoscópica da submucosa (ESD) servirá para definir o tipo de manejo necessário desse paciente dependendo da necessidade de cada caso. Nos casos cirúrgicos, a recomendação irá variar de acordo com o acometimento da doença. A cirurgia anti-refluxo não deve ser realizada em pacientes com EB como medida antineoplásica. No entanto, essa cirurgia deve ser considerada em pacientes com controle incompleto do refluxo com terapia médica otimizada, quando já existe o processo tumoral com o desenvolvimento do adenocarcinoma de esôfago com invasão na submucosa a esofagectomia, com o uso de terapia neoadjuvante (radioterapia junto com a quimioterapia), é recomendada. (SHAHEEN et al., 2016) Apesar das diversas complicações, muitos pacientes que possuem a condição não procuram o auxílio médico adequado, uma vez que os sintomas habituais geralmente se mascaram por trás de queixas de pirose ou regurgitação, subnotificando tanto a Doença do Refluxo Gastroesofágico bem como a sua possível complicação pré-neoplásica. Entretanto, devido ao caráter de potencial evolução neoplásica é de grande significância o rastreamento adequado, identificando corretamente o perfil desses pacientes na região sul do Maranhão com o objetivo de incentivar o diagnóstico precoce e aprimorar o manejo adequado para os indivíduos acometidos pelo esôfago de Barrett.

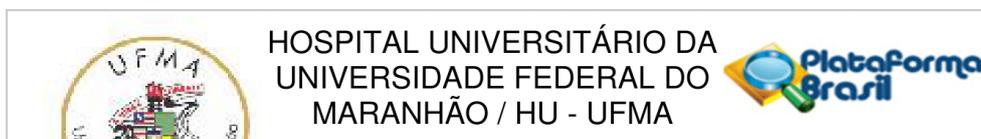
HIPÓTESE

Não será observada uma alta prevalência da Doença do Refluxo Gastroesofágico causando o Esôfago de Barrett. A incidência do Esôfago de Barrett associado a Doença do Refluxo Gastroesofágico será maior em indivíduos do sexo masculino, com idade avançada, brancos, tabagista e obesos. A classificação mais frequente é de Esôfago de Barrett curto e sua localização é na região distal do esôfago. Existem outras causas para o Esôfago de Barrett, mas a doença do refluxo gastroesofágico será a mais prevalente.

METODOLOGIA PROPOSTA

Tipo de estudo Trata-se de um modelo observacional descritivo, transversal, de natureza quantitativa e abordagem analítica, que tem como objetivo analisar a prevalência de casos de Esôfago de Barrett em pacientes portadores da doença do refluxo gastroesofágico, bem como os fatores de risco associados, utilizando a verificação de dados em prontuários médicos no Hospital

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

induzida pelo refluxo do ácido gástrico de forma continuada. O aspecto histológico das lesões irá assemelhar o epitélio ao da mucosa intestinal. As lesões de Barrett são consideradas pré-malignas com probabilidade de desenvolver adenocarcinoma esofágico (ACE). Acredita-se que 5 a 10% da população com DGRE poderá desenvolver esôfago de Barrett, sendo associados fatores de risco como DRGE, idade avançada, sexo masculino, história familiar de EB ou ACE, obesidade e tabagismo. Apesar da metaplasia, boa parte dos casos são vistos com sintomas associados diretamente a DGRE. (TANÁÛ ET AL., 2018) Quanto ao diagnóstico do esôfago de Barrett, pode-se evidenciar alterações na mucosa do terço distal, como mucosa rosa-salmão, porém o diagnóstico final deve ser confirmado por biópsias seriadas. Apesar das divergências, o consenso é que para considerar o diagnóstico de EB deve-se haver mucosa revestida pelo epitélio colunar no esôfago >1cm no terço distal, sendo a biópsia para visualização da metaplasia fundamental. Contudo em alguns pacientes que existe a suspeita sem metaplasia, recomenda-se a endoscopia repetida para confirmar ou refutar o diagnóstico. (CLERMONT; W. FALK, 2018) De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Brasil o câncer de esôfago é o sexto mais frequente entre os homens e o 15º entre as mulheres, excetuando-se o câncer de pele não melanoma. É o oitavo mais frequente no mundo e a incidência em homens são cerca de duas vezes maiores do que em mulheres. Sendo o esôfago de Barrett o principal fator de lesão pré-neoplásica associada ao adenocarcinoma esofágico. Nas fases iniciais, o CA de esôfago não apresenta manifestações clínicas, o que pode ser um fator preponderante no mal prognóstico dos pacientes ao serem diagnosticados tardiamente. A triagem e o rastreamento para EB visa detectar displasia e a possível neoplasia em estágio precoce e potencialmente curável nos pacientes associados aos fatores de risco. Recomendase a vigilância endoscópica utilizando a endoscopia de luz branca de alta definição (NBI), algumas outras diretrizes como a da ACG, recomenda o uso de cromoescopia eletrônica. Após os achados, deve-se avaliar a utilização para o protocolo ideal da biópsia, há um acordo unânime em todo o mundo de que o protocolo "Seattle" de biópsias de quatro quadrantes a cada 2 cm em todo o comprimento do segmento de Barrett é a técnica ideal para aquisição de tecido. (CLERMONT; W. FALK, 2018). Ao realizar a triagem desses pacientes, o intuito é de identificar os pacientes com DGRE com uma endoscopia e biópsia para identificar se há ou não o epitélio metaplásico colunar confirmando a existência do EB e logo após, tratá-los. Antes da triagem ser realizada, a expectativa de vida geral do paciente deve ser considerada, e as implicações subsequentes, como a necessidade de vigilância endoscópica periódica e terapia, caso seja diagnosticado EB com displasia, devem ser discutidas com o paciente. (CHANDRASEKAR, 2016) O tratamento pode ser realizado através de terapia medicamentosa, terapia endoscópica e terapia

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

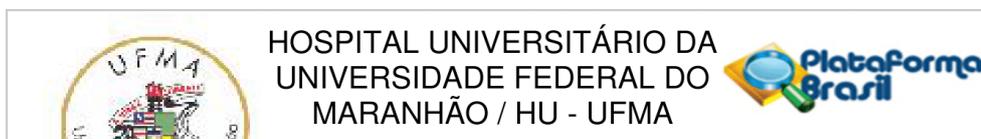
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



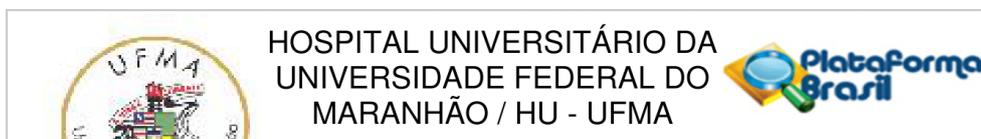
Continuação do Parecer: 5.696.175

dados e informações produzidas poderão servir como base para ajudar profissionais da saúde a ter um melhor conhecimento do paciente com essa alteração. Objetivo: Analisar a prevalência e fatores associados ao Esôfago de Barrett em pacientes portadores da Doença do Refluxo Gastroesofágico em um hospital de referência no interior do maranhão no período de 2019 a 2022. Metodologia: Trata-se de um modelo transversal, descritivo quantitativo e analítico, utilizando a verificação de dados em prontuários médicos no Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noieto, em Imperatriz-MA, no período de 2019 a 2022. A amostra será por conveniência, considerando todos os pacientes de ambos os sexos, com 18 anos ou mais de idade, diagnosticados com Esôfago de Barrett associado com a doença do refluxo gastroesofágico atendidos no Hospital Macrorregional Dra. Ruth Noieto, no período em análise, através da utilização de instrumento adaptado para a coleta de dados. A planilha eletrônica do "Microsoft Excel 2016" será utilizada para tabulação e análise das informações adquiridas quanto a possíveis associações, por meio de estatística descritiva, utilizando o software "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS), considerando o nível de significância de 5%. Resultados esperados: Através desse estudo será possível conhecer a prevalência local do esôfago de Barrett que estão associados a Doença do refluxo gastroesofágico, bem como identificar fatores de risco envolvidos no seu desenvolvimento. Ademais, ao conhecer o perfil epidemiológico e clínicos dos pacientes acometidos na região, torna-se possível a melhoria no atendimento por parte dos profissionais de saúde local, além fomentar um diagnóstico precoce com políticas públicas bem direcionadas.

INTRODUÇÃO

A doença do refluxo gastroesofágico (DGRE) é um distúrbio na motilidade gastrointestinal, podendo ocorrer devido a alterações fisiológicas ou anatômicas que resultam no refluxo do conteúdo ácido do estômago para o esôfago. Assim o refluxo pode gerar os sintomas típicos de pirose e regurgitação dos componentes gástricos para o esôfago, ou manifestações atípicas, como tosse crônica, laringite, faringite, disfonia, dentre outras. (MARET-OUДА; MARKAR; LAGERGREN, 2020) A presença de DRGE de longa data é o principal fator de risco para o desenvolvimento de esôfago de Barrett, metaplasia intestinal no terço distal do esôfago secundária à agressão crônica do órgão pelo ácido estomacal. Pode ser separada em doença do refluxo erosiva e não erosiva. Quando falamos de erosiva inclui-se sintomas com evidências endoscópicas de dano à mucosa esofágica, já a não erosiva envolve sintomas típicos da doença sem lesão morfológica e histológica compatíveis (KELLERMAN; KINTANAR, 2017). O esôfago de Barrett (EB) é a principal complicação crônica da Doença do Refluxo Gastroesofágico, onde a metaplasia histológica do esôfago será

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1900947.pdf	10/10/2022 15:39:06		Aceito
Folha de Rosto	folha_felipe.pdf	10/10/2022 15:38:53	Marcos Antonio Custódio Neto da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TCC_FELIPE.pdf	10/10/2022 15:34:43	Marcos Antonio Custódio Neto da Silva	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_1pdf.pdf	10/10/2022 15:31:16	Marcos Antonio Custódio Neto da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FELIPE.docx	12/08/2022 13:04:32	Marcos Antonio Custódio Neto da Silva	Aceito
Declaração de concordância	AUTORIZACAO_PESQUISA.pdf	18/02/2022 14:39:04	Marcos Antonio Custódio Neto da Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_TCC_FELIPE.pdf	18/02/2022 14:05:07	Marcos Antonio Custódio Neto da Silva	Aceito

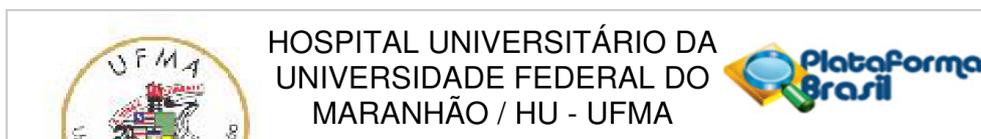
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.696.175

SAO LUIS, 11 de Outubro de 2022

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br

ANEXO B

NORMAS DA REVISTA “ARQUIVOS DE GASTROENTEROLOGIA” PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO CIENTÍFICO

Escopo e política

Publica contribuições originais e inéditas (de pesquisadores nacionais e estrangeiros), que sejam compatíveis com os objetivos da Revista e estejam adequadas aos padrões científicos e editoriais.

A submissão do manuscrito implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

São aceitos estudos de natureza original, clínicos ou cirúrgicos, técnicas, estudos de epidemiologia e artigos de revisão. Relatos de casos não são aceitos. As seções de Artigo Original são: Endoscopia, Cirurgia, Hepatologia, Motilidade Digestiva, Gastroenterologia Clínica, Cirurgia Experimental, Gastroenterologia Pediátrica, Patologia Clínica de Gastroenterologia e Nutrição.

Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor, Consenso, Comunicação Breve, Suplementos e E-Vídeos.

A avaliação do trabalho é feita de forma imparcial e incógnita, ou seja, omitindo aos examinadores, qualquer identificação da origem do artigo. Artigos Originais são avaliados por no mínimo dois revisores (peer review). O tempo estimado para o processo é de 90 dias a partir da submissão. A decisão sobre a aceitação para publicação é tomada pelo Conselho Editorial.

Nenhuma taxa é exigida aos autores para submissão, avaliação e publicação de artigos. A **Arquivos de Gastroenterologia** está disponível online com um acesso aberto e livre. Não é necessário solicitar ao periódico a permissão para cópia eletrônica, desde que o crédito apropriado seja dado à fonte original.

Forma e preparação de manuscritos

Regras gerais

O texto deve estar no idioma inglês.

O número de autores é limitado a seis para os Artigos Originais, e três para Comunicação Breve. Exceções podem ser feitas no caso de estudos multicêntricos.

Para Comunicação Breve, recomenda-se que não ultrapasse mais de 2500 palavras. Pode conter uma figura e uma tabela. As referências não devem exceder a 15.

Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Métodos, sua expressa concordância com os

padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em *PAIN*, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal.

Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

Recomenda-se uma carta de apresentação destacando a intenção de publicar no periódico **Arquivos de Gastroenterologia** e a importância desta pesquisa e publicação. Esta carta deve ser escrita no campo "Author's Cover Letter" no cadastro on-line.

Por determinação do SciELO, a adoção do ORCID como identificador dos autores passará a ser obrigatória a partir de janeiro de 2019.

Formato

O manuscrito submetido deve ser enviado em formato Microsoft Word e organizado da seguinte forma:

- 1)** Título em inglês e português. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
- 2)** Nomes dos autores e suas afiliações. Não insira cargos, funções ou adjetivos.
- 3)** Para cada autor deve ser descrita **em inglês** a sua participação no estudo. As contribuições são, por exemplo: coleta de dados, execução de pesquisa, redação de texto, análise estatística, etc.
- 4)** Departamento e Instituição onde o trabalho foi realizado.
- 5)** Orcid de todos os autores.
- 6)** Declarar se há ou não conflito de interesse, subsídio ou outro apoio financeiro; os patrocinadores devem ser declarados.
- 7)** Resumo estruturado (Contexto, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão). O Resumo deve ser enviado tanto em inglês como em português (de 200 a 600 palavras). Abreviações, notas e referências devem ser evitados. Para autores estrangeiros a tradução será feita.

8) Descritores (de 3 a 10). Utilize sempre termos da lista Medical Subject Headings (MeSH) do MEDLINE. Informação disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. A pesquisa também pode ser feita no portal Descritores em Ciências da Saúde, em "Consulta ao DeCS", disponível em: <http://decs.bvs.br/>

9) Recomendamos a seguinte divisão dentro do artigo: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; Conclusão; Agradecimentos.

10) Todos os colaboradores que não sejam autores podem ser mencionados na seção de Agradecimentos.

11) Referências - A **Arquivos de Gastroenterologia** adota as normas Vancouver. Texto completo em: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Cite as referências no texto usando algarismos arábicos na ordem de citação, entre parênteses. Para até seis autores, todos devem ser citados. Para mais de seis autores, inclua "et al."

12) Tabelas e Figuras devem ser citadas no texto em algarismos arábicos. De preferência, anexadas ao artigo em JPG ou PNG. Se estiverem dentro do artigo, devem vir ao fim, após as referências. Nunca devem ser colocadas no meio do texto.

13) Tabelas (em formato Microsoft Word ou Excel) - Intitula-se Tabela apenas quando há resultados numéricos. Explicações e abreviaturas devem ser colocadas em notas de rodapé da tabela.

14) Figuras – Nomeie como "Figura" sempre que for: questionário escrito, fotografias, gráficos e desenhos. Eles devem ser enviados em formato digital de alta resolução (2 mb). As figuras devem conter um pequeno texto sobre o assunto.

Envio de manuscritos

As submissões devem ser realizadas somente através da interface ScholarOne, no portal SciELO:

<http://mc04.manuscriptcentral.com/ag-scielo>

Reiteramos que nenhuma taxa é exigida aos autores para submissão, avaliação e publicação de artigos. A **Arquivos de Gastroenterologia** está disponível online com acesso aberto e livre: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=0004-2803&lng=pt&nrm=iso.

E-vídeos

Autores:

- E-vídeo pode ter no máximo seis autores.
- Incluir a identificação dos autores conforme instruções gerais da revista: não insira posições de pessoal ou adjetivos semelhantes.
- Inclua o departamento e a instituição onde o trabalho foi realizado.

- O nome, o número de telefone e o endereço eletrônico do autor a quem as provas e pedidos de eventual revisão devem ser enviados.

Texto principal:

- Título em inglês e português. Para autores estrangeiros a tradução será feita.
- Texto: não mais do que 400 palavras.
- Colocar a legenda do vídeo abaixo do texto principal e esta deve ser o mais curta possível (máximo de 40 palavras).

Vídeo:

- Apenas um vídeo é permitido para cada submissão.
- Atenção para não aparecer qualquer identificação como nome ou número institucional do paciente.
- Apenas os formatos AVI ou MP4 são aceitáveis.
- O tempo do vídeo não deve exceder 4 minutos.
- Certifique-se de que as etapas e/ou os principais achados são explicados e destacados no vídeo com títulos de sobreposição.

Figuras:

- No máximo seis imagens podem ser submetidas: submeta separadamente em formato PNG ou JPEG com pelo menos 300 dpi. Cada uma deve ter um número e uma legenda.

Referências:

- As regras de referências (não mais do que seis) são as mesmas que as dos artigos originais. Por favor, leia nas regras gerais acima. Devem ser citadas no texto principal.

APÊNDICE A
Instrumento de coleta de dados.

DATA DA COLETA DE DADOS:		
Admissão		
Número do prontuário:		
Idade:		
Sexo:		
Estado:		
Cidade		
Cor da pele:		
Escolaridade:		
Estado civil:		
Dados antropométricos		
IMC: ___Kg/m2 cm	Altura: _____ cm	CA: _____
Queixa principal		
Sintomas:		
Há quanto tempo:		
Fatores de melhora ou piora:		
Antecedentes pessoais e familiares		
História familiar de câncer de esôfago ou estômago:		
() Sim () Não () Não consta		
Paciente é portador de doença do refluxo gastroesofágico:		
() Sim () Não () Não consta		
Faz uso de medicação do tipo Inibidor da bomba de prótons (IBP)?		
() Sim () Não () Não consta		

Hábitos de vida

Tabagismo: () Sim () Não () Não consta

Etilismo: () Sim () Não () Não consta

Exames realizados

Endoscopia:

() Esôfago de Barrett longo

() Esôfago de Barrett curto

Biopsia: () Sim () Não () Não consta

Há lesão característica? () Sim () Não () Não consta

Resultado da biopsia:

