



SAMUEL SÁ CAPUCHO  
SAMUEL STACIAKI DA SILVA  
WILLIAM FERNANDES

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL  
EM UM CENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE GUARAPUAVA – PR.**

GUARAPUAVA - PR  
2023

SAMUEL SÁ CAPUCHO  
SAMUEL STACIAKI DA SILVA  
WILLIAM FERNANDES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇA INFLAMATÓRIA  
INTESTINAL EM UM CENTRO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE  
GUARAPUAVA – PR.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Banca Avaliadora, como critério para obtenção do  
grau de bacharel (a) em Medicina.

**Orientador(a):** Prof. Dr. Celso Nilo Didoné Filho

GUARAPUAVA- PR  
2023

**PERFIL CLÍNICO DOS PACIENTES COM DOENÇA  
INFLAMATÓRIA INTESTINAL EM UM CENTRO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH  
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN A CENTER OF  
THE UNITED HEALTH SYSTEM**

---

Celso Nilo Didoné Filho<sup>1</sup> Samuel Sá Capucho<sup>2</sup> Samuel Staciaki da Silva<sup>3</sup> William  
Fernandes<sup>4</sup>

## AUTORES

### **Celso Nilo Didoné Filho<sup>1</sup>**

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Coronel Saldanha , bairro Santa Cruz, 3432 apartamento 101, CEP 85015250, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (41) 99730-8055

E-mail: [celsokamura@hotmail.com](mailto:celsokamura@hotmail.com)

### **Samuel Sá Capucho<sup>2</sup>**

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço: Rua Comendador Norberto, 778, bairro Santa Cruz, CEP 85015240, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (42) 98802-3030

E-mail: [med-samuelpapucho@camporeal.edu.br](mailto:med-samuelpapucho@camporeal.edu.br);

### **Samuel Staciaki da Silva<sup>3</sup>**

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Professor Becker, 2449, CEP 85010170, Guarapuava-PR, Brasil.

Telefone: (42) 99810-6200

E-mail: [med-samuelsilva@camporeal.edu.br](mailto:med-samuelsilva@camporeal.edu.br);

### **William Fernandes**

Afiliação institucional: Centro Universitário Campo Real - Guarapuava - Paraná, Brasil.

Endereço para correspondência:

Telefone: (42) 99832-1288

E-mail: [med-williamfernandes@camporeal.edu.br](mailto:med-williamfernandes@camporeal.edu.br)

**Fontes de auxílio à pesquisa:** Não financiado.

**Número do projeto:** 68979022.8.0000.8947

**Instituição responsável pelo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa:** 8947 - Faculdade Campo Real

**Declaração de conflito de interesses de todos os autores:** Não há conflito de interesses.

## SUMÁRIO

AUTORES .....	4
RESUMO.....	6
ABSTRACT .....	8
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 MÉTODOS .....	11
3 RESULTADOS .....	14
4 DISCUSSÃO .....	24
5 CONCLUSÃO .....	27
6 AGRADECIMENTOS.....	28
7 CONTRIBUIÇÕES AOS AUTORES .....	28
8 ORCID.....	28
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
10 ANEXOS .....	31
10.1 Normas da revista Arquivos de Gastroenterologia. ....	31
10.1.1 Escopo e política .....	31
10.1.2 Forma e preparação de manuscritos .....	31

## RESUMO

**Introdução:** As doenças inflamatórias intestinais são condições crônicas que causam inflamação no trato gastrointestinal. Elas incluem a Retocolite Ulcerativa (RCUI) e a Doença de Crohn (DC); a causa exata de ambas DII não são claras, mas envolvem fatores genéticos, ambientais e imunológicos. Diagnosticar as DII é desafiador, pois não há um único teste para isso; o diagnóstico requer uma combinação principalmente entre a clínica e exames complementares. Este estudo visa comparar o perfil clínico de pacientes com DII em Guarapuava com as informações encontradas na literatura. Além disso, a falta de dados sobre a prevalência na região acaba por dificultar o diagnóstico e tratamento.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico de pacientes diagnosticados com DII que receberam acompanhamento e tratamento no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP).

**Métodos:** Foi conduzido um estudo observacional transversal e analítico em pacientes atendidos no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP), utilizando dados de prontuários eletrônicos do programa FastMedic da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava, Paraná. Coleta abrangendo registros de fevereiro de 2019 a novembro de 2022. Critérios de inclusão consideraram pacientes maiores de 18 anos que apresentavam qualquer forma clínica de DII desde que diagnosticada com CID 10, sendo estes contemplados em K50 e K51; os critérios de exclusão englobam pacientes com registros sem CID 10 específico e prontuários com informações insuficientes.

**Resultados:** No estudo, a partir da análise dos dados foi obtido uma maior prevalência do sexo feminino em ambas DII, na DC com 57,1% no sexo feminino e 42,9% no masculino e na RCUI uma prevalência de 64,2% do sexo feminino e 35,8% no masculino. Em ambas DII a presença do histórico familiar negativo se sobressai em detrimento ao positivo. Em Crohn foi constatado que 33 pacientes (78,6%) não possuíam histórico familiar enquanto apenas 9 pacientes (21,4%) possuem histórico positivo. Já na RCUI essa diferença foi significativa também, cerca de 56 pacientes (83,6%) com histórico negativo, enquanto apenas 11 pacientes (16,4%) possuem histórico positivo.

Outro ponto analisado foi o tabagismo, em que foi demonstrado que em ambas DII a grande maioria dos pacientes não faziam uso do cigarro, 80,6%. Além disso foram analisados os principais locais de instauração das DII, sendo em Crohn no íleo terminal com cerca de 63,3% dos pacientes, seguido por cólon com 42,4% e reto com 21,2%. Já na RCUI o local mais acometido foi o cólon esquerdo (colite esquerda) com 54,3%, seguido pelo reto e sigmóide com 29,8% e pancolite com 15,7%. Foi possível verificar os principais sintomas relatados pelos pacientes: em Crohn foram diarreia com 97,6% de prevalência, seguido pela dor abdominal com 90,5%; outros sintomas relatados foram sangramento nas fezes com 81% de prevalência, constipação com 76,2% e dispepsia com 4,8%. Na RCUI a prevalência de sintomas foram diferentes, diarreia teve prevalência de 71,6%, sangramento nas fezes com 43,2%, dor abdominal com 23,8%; outros sintomas relatados foram muco na fezes com prevalência de 7,4%, perda de peso com 5,9%, constipação e tenesmo com 1,4% de prevalência na amostra.

**Conclusão:** O estudo demonstrou através dos resultados do perfil epidemiológico de pacientes com DII uma correlação com outros estudos já realizados, divergindo apenas em relação ao tabagismo e o histórico familiar. Das DII, a retocolite é a forma mais comum, afetando principalmente mulheres dos 50 aos 59 anos e tendo o tabagismo como um fator não protetor, como dito em literaturas. Já em Crohn leve predileção por mulheres também apesar de após os 60 anos existir uma maior prevalência entre homens; tabagismo também não apresentando relação com o aparecimento da doença. Em ambas os sintomas são similares, sendo diarreia, constipação e hematoquezia os principais. Esta pesquisa destaca a necessidade de mais estudos na área para que seja possível entender melhor sua distribuição, perfil clínico e epidemiológico, assim como seu impacto na sociedade e qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras chave:** Doença Inflamatória Intestinal. Doença de Crohn. Retocolite Ulcerativa. Colite. Trato Gastrointestinal.

## ABSTRACT

**Introduction:** Inflammatory bowel diseases (IBD) are chronic conditions that lead to inflammation in the gastrointestinal tract, including Ulcerative Colitis (UC) and Crohn's Disease (CD). The exact cause of both IBDs is unclear but involves genetic, environmental, and immunological factors. Diagnosing IBDs is challenging, since there is no single test for them; diagnosis requires a combination between clinical and diagnostic tests. This study aims to compare the clinical profile of IBD patients in Guarapuava with information found in the literature. Furthermore, the lack of regional prevalence data hinders diagnosis and treatment.

**Objective:** This study aimed to analyze the epidemiological profile of patients diagnosed with IBD who received follow-up and treatment at the Intermunicipal Health Consortium (CISGAP).

**Methods:** A cross-sectional and analytical observational study was conducted on patients treated at the Intermunicipal Health Consortium (CISGAP), using data from electronic medical records of the FastMedic program of the Municipal Health Department of Guarapuava, Paraná. Data collection covering records from February 2019 to November 2022. Inclusion criteria considered patients over 18 years of age who presented any clinical form of IBD diagnosed with ICD-10 codes K50 and K51. Exclusion criteria included records without specific ICD-10 codes, and records with insufficient information.

**Results:** In the study, from the data analysis, a higher prevalence of females was observed in both IBDs. In CD, there were 57.1% females and 42.9% males, and in UC, there was a prevalence of 64.2% females and 35.8% males. In both IBDs, the presence of a negative family history outweighed the positive. In Crohn's, it was found that 33 patients (78.6%) had no family history, while only 9 patients (21.4%) had a positive history. In UC, this difference was also significant, with around 56 patients (83.6%) having a negative history, while only 11 patients (16.4%) had a positive history. Another analyzed aspect was smoking. It was demonstrated that in both IBDs, the vast majority of patients did not smoke, 80.6%. Additionally, the main locations of IBD manifestation were analyzed. In Crohn's, the most commonly affected site was the terminal ileum, with approximately 63.3% of patients, followed by the colon in 42.4% and the rectum in 21.2%. In UC, the most affected site was the left colon (left-sided



colitis) in 54.3%, followed by the rectum and sigmoid in 29.8%, and pancolitis in 15.7%. It was possible to identify the main symptoms reported by the patients. In Crohn's, the primary symptoms were diarrhea with a prevalence of 97.6%, followed by abdominal pain at 90.5%. Other reported symptoms included rectal bleeding with an 81% prevalence, constipation at 76.2%, and dyspepsia at 4.8%. In UC, the prevalence and symptoms were different. Diarrhea had a prevalence of 71.6%, rectal bleeding at 43.2% and abdominal pain at 23.8%. Other reported symptoms included mucus in the stool with a prevalence of 7.4%, weight loss at 5.9%, constipation, and tenesmus at 1.4% prevalence in the sample.

**Conclusion:** The study's results from the epidemiological profile of IBD patients correlated with previous research, differing only in the context of smoking and family history. Among IBDs, ulcerative colitis is the most common form, predominantly affecting women aged 50 to 59, with smoking not being a protective factor, as stated in the literature. In Crohn's disease, there is a slight preference for women, but after the age of 60, it becomes more prevalent in men, with smoking also not showing a clear link to disease onset. Both conditions share similar symptoms, including diarrhea, constipation, and rectal bleeding as the main complaints. This study emphasizes the need for further research in the field to better understand the distribution, clinical and epidemiological profile, as well as the societal impact and the patients' quality of life.

**Keywords:** Inflammatory Bowel Disease. Crohn's Disease. Ulcerative Colitis. Colitis. Gastrointestinal Tract.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são caracterizadas pela inflamação intestinal crônica e recidivante no trato gastrointestinal, sem etiologia totalmente definida, a qual abrange predominantemente a retocolite ulcerativa (RCUI) e a doença de Crohn (DC)<sup>(1)</sup>.

Sua incidência e prevalência se mantém em uma crescente, a qual acomete todo o mundo, sendo considerado um problema de saúde pública; sua patogênese é multifatorial englobando fatores genéticos, ambientais e imunes<sup>(2)</sup>. O grande percalço das DII é não existir um exame específico para sua detecção, devendo-se levar em consideração a associação de diversos meios para que seja feito o diagnóstico, tais como: exames radiológicos, histológicos e sorológicos, estes sempre relacionados à clínica do paciente. Outro percalço é a própria evolução da doença, que não segue uma linearidade, e, devido a sua fisiopatologia multifatorial, não existe um padrão de quando vão aparecer sintomas, quais vão aparecer ou se é que vão aparecer; o que acaba por gerar uma grande dificuldade no diagnóstico.

Sendo assim, o presente trabalho tem o objetivo comparar as variáveis que formam o perfil clínico do paciente acometido por essas doenças com a finalidade de estabelecer relações de causalidade e confrontar estas com as encontradas em literatura. As características e variáveis descritas em literatura nos permitiram verificar se os resultados encontrados nas pesquisas em um serviço no Sistema Único de Saúde na localidade da quinta regional do Paraná, em Guarapuava, de fato seguem o padrão.

A finalidade deste estudo é auxiliar os profissionais de saúde da região de Guarapuava com futuros diagnósticos de acordo com o perfil clínico dos pacientes em detrimento aos enfatizados pela literatura. Com as informações levantadas buscando a comparação dos achados em literatura e os que de fato permeiam a área de abrangência do estudo será possível a adoção de medidas que facilitem a localização dos pacientes ainda não diagnosticados.

Além disso, ocorre uma falta de registros de prevalência e incidência das doenças inflamatórias intestinais na região de Guarapuava, bem como no Brasil, o que acaba dificultando toda a cadeia de tratamento dos pacientes. Desta maneira, este estudo surge como uma demanda para o tema<sup>(3)</sup>.

## **2 MÉTODOS**

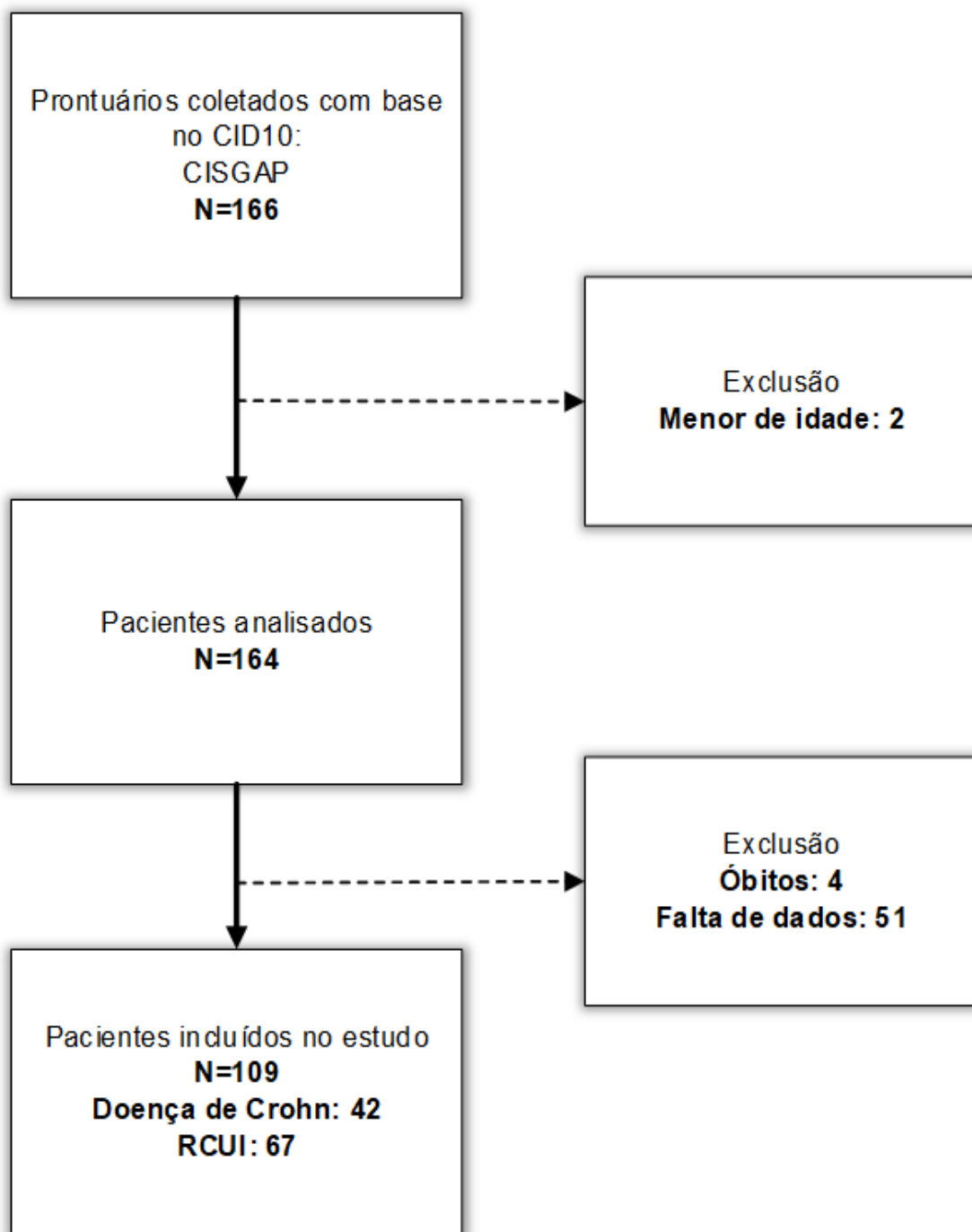
Em relação à metodologia, trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo e individualizado com dados agregados, a partir da análise de prontuários eletrônicos, disponíveis no programa FastMedic da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapuava-Paraná, dos pacientes encaminhados e atendidos pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISGAP), os quais são portadores de Doença Inflamatória Intestinal – Doença de Crohn e Retocolite Ulcerativa.

Em relação aos critérios de inclusão foram relacionados pacientes do sexo masculino e feminino maiores que 18 anos e que apresentavam qualquer forma clínica de doença inflamatória desde que diagnosticado com CID 10; os quais devem estar contemplados em K50 e K51. Ademais, os critérios de exclusão incluíram prontuários de pacientes sem tais registros de CID 10 e prontuários com falta de informações, inclusive de pacientes que foram a óbito.

A amostra foi composta por pacientes com registro do período de fevereiro de 2019 até novembro de 2022. Durante este período, obteve-se um total de 166 prontuários analisados, sendo destes 57 pacientes portadores de DC e 109 pacientes portadores de RCU, porém, apenas 109 pacientes elegíveis para a amostra.

Ao final da coleta de dados foi registrado o Fluxograma 1.

Fluxograma 1 – Descrição da coleta de prontuários com inclusão e exclusão.



Fonte: Os autores, 2023.

As variáveis utilizadas para o projeto foram: idade, gênero, história familiar de doença inflamatória intestinal, tabagismo (maços/ano), CID10 da doença, tempo da doença, sintomas ao diagnóstico, localização da doença, manifestações extra-

intestinais, complicações, gravidade da doença e o índice de atividade da DC e o escore de Mayo para RCUI, estes dois últimos escores endoscópicos. Quando não haviam todos os dados, foram utilizados aqueles que estavam disponíveis para a realização de sub-análises.

Os dados foram organizados e tabulados na planilha do programa Microsoft Excel 2010 e as análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21, sendo as variáveis descritas por meio de média, mediana e desvio padrão. Além disso, os testes estatísticos foram realizados com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. A análise da tendência amostral foi conduzida por meio dos testes qui-quadrado de Pearson e T de Student. O valor de p usado para significância estatística foi de 0,05 para rejeitar a hipótese nula. O cálculo amostral foi conduzido utilizando a fórmula  $N = z^2 \times P(1-P) / E^2$ , assumindo uma prevalência de 2%, resultando em  $N = 30$ . Dado que o estudo contou com a participação de 109 indivíduos, o tamanho amostral foi considerado estatisticamente adequado.

Essa pesquisa foi primeiramente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), respeitando assim questões éticas envolvidas e descritas na Resolução CNS 196/96, atualizada pela 466/2012 ou 510/2016. A pesquisa solicitou a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por conta de ser um estudo post-factum e não envolver contato com os participantes em qualquer momento da pesquisa, seguindo os princípios éticos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os possíveis vieses observados foram: o déficit de dados registrados em prontuários, não existindo uma padronização para estes, dados ausentes ou incompletos. Outro viés analisado foi o de seleção e local, visto que o estudo é realizado em uma área delimitada com suas características e especificidades da região.

### 3 RESULTADOS

Iniciando a análise com dados obtidos em relação a doença de Crohn, 24 (57,1%) pacientes eram do sexo feminino e 18 (42,9%) do sexo masculino. A idade dos pacientes variou entre 18 a 85 anos, com média de 48, com predominância em pacientes com 60 anos ou mais com 11 (26,2%), seguido de 30 a 39 anos com 10 (23,8%). A presença de histórico familiar negativo se sobressai com 33 (78,6%) em detrimento ao positivo com 9 (21,4%) e a ausência do tabagismo segue esse predomínio com 32 (76,2%) enquanto a presença desse hábito com 10 (23,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil clínico de pacientes com Doença de Crohn atendidos no CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=42).

<b>Características Gerais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
<b>Faixa Etária</b>					
18-29 Anos	7	16,7%			
30-39 Anos	10	23,8%			
40-49 Anos	5	11,9%			
50-59 Anos	9	21,4%			
60+ Anos	11	26,2%			
<b>Gênero</b>					
Feminino	24	57,1%			
Masculino	18	42,9%			
<b>Histórico Familiar</b>					
Não	33	78,6%			
Sim	9	21,4%			
<b>Tabagismo</b>					
Não	32	76,2%			
Sim	10	23,8%			
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Idade</b>	24	18	85	48,12	18,002

Fonte: CISGAP, 2023.

A tabela 2 demonstra os sintomas mais prevalentes na DC, destacando-se que 41 (97,6%) apresentaram diarreia seguido por dor abdominal com 38 (90,5%), 34 (81%) com sangramento (hematoquezia e/ou enterorragia), 32 (76,2%) com constipação e por fim 2 (4,8%) apresentando dispepsia; ressalta-se ainda que em alguns casos a presença desses sintomas de alta prevalência ocorreram em concomitância.

Tabela 2 – Relação de sintomas em pacientes com Doença de Crohn atendidos no CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=42).

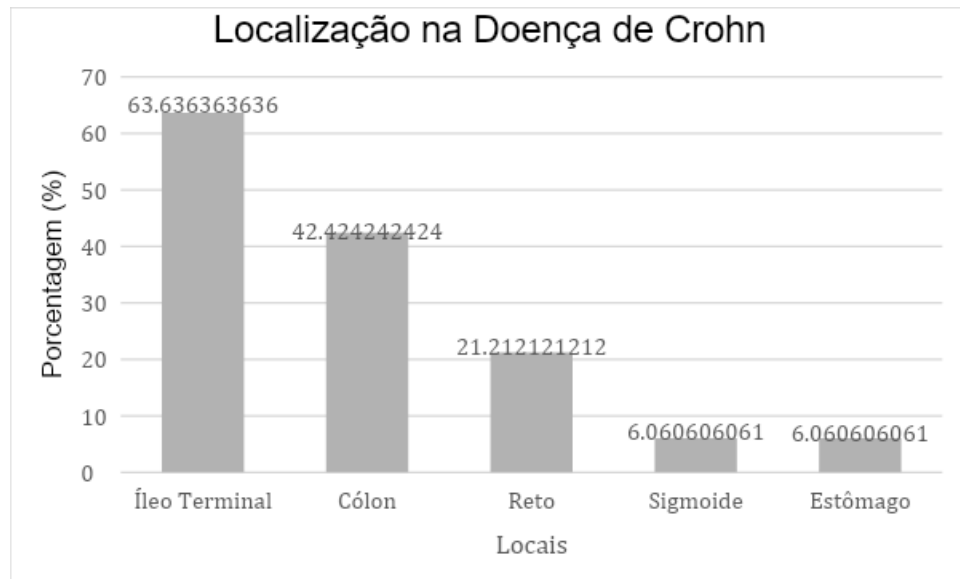
<b>Sintomas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Diarreia	41	97,6%
Dor abdominal	38	90,5%
Sangramento nas fezes	34	81%
Constipação	32	76,2%
Dispepsia	2	4,8%

Fonte: CISGAP, 2023.

Na figura 1 é demonstrado os locais do sistema digestivo que foram acometidos na doença de Crohn, sendo que para a confecção desses dados foram excluídos os pacientes que tinham o diagnóstico confirmado porém não tinham o exame de colonoscopia e endoscopia registrados até o momento do presente estudo, obtendo um total de 33 pacientes para essa análise. Dessa maneira, observa-se que o íleo terminal é o local mais acometido com 63,6% (N=21), subsequente o cólon (ascendente, transverso e descendente) com 42,4% (N=14), o reto 21,2% (N=7), sigmóide 6,0% (N=2) e, por fim, o estômago com 6,0% (N=2). Como é comum na doença, alguns pacientes tiveram mais de 1 local acometido.

Figura 1 – Locais de acometimento na Doença de Crohn de pacientes

atendidos no CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=33).



Fonte: CISGAP, 2023.

Em relação as complicações da DC, observou-se que a fístula foi a complicação mais comum nos pacientes, com 14,2% (N=6), seguida da estenose 9,5% (N=4) e perfuração, com 4,7% (N=2).

Tabela 3 – Tabela com as complicações da Doença de Crohn de pacientes atendidos no CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=42).

Complicações	N	%
Fístula	6	14,2%
Estenose	4	9,5%
Perfuração	2	4,7%

Fonte: CISGAP, 2023.

Adicionalmente, a tabela 4 demonstra a partir do teste Qui-quadrado duas relações, sendo a primeira com histórico familiar e gênero a qual possui um p maior que 0,05 e portanto demonstra que a relação entre variáveis não possuem significância estatística. Por outro lado, a segunda correlação aborda o gênero e tabagismo a qual possui um p menor que 0,05 demonstrando a partir da significância estatística que o gênero masculino que é acometido por Crohn está intimamente ligado à presença do tabagismo.

Tabela 4 – Correlação através de teste de Qui-quadrado de gênero entre histórico familiar e tabagismo de pacientes com Doença de Crohn atendidos no



CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=42).

<b>Histórico Familiar</b>				
	Não	Sim	Total	<i>p</i> *
<b>Gênero</b>				
Feminino	17	7	24	
Masculino	16	2	18	0,158
Total	33	9	42	

<b>Tabagismo</b>				
	Não	Sim	Total	<i>p</i> *
<b>Gênero</b>				
Feminino	21	3	24	
Masculino	11	7	18	< 0,05
Total	32	10	42	

Fonte: CISGAP, 2023.

Já em relação a retocolite ulcerativa a idade dos pacientes variou entre 22 a 83 com média de 52, com uma maior prevalência na faixa de 50-59 anos, com 20 (29,9%) pacientes, seguido pela faixa de 60 anos ou mais com 19 (28,4%). Referente ao gênero, 46 (68,7%) pacientes eram do sexo feminino, enquanto 21 (31,3%) do sexo masculino. Somando-se a isso, o histórico familiar negativo tem uma superioridade com 56 (83,6%) casos, enquanto o positivo com 11 (16,4%); o tabagismo por sua vez segue a mesma lógica com 54 (80,6%) aos não fumantes enquanto os tabagistas 13 (19,4%). Dados estes evidenciados na tabela 5.

Tabela 5 – Perfil clínico do paciente com RCUI atendido no CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=67).

<b>Características Gerais</b>	N	%
<b>Faixa Etária</b>		
18-29 Anos	4	6,0%
30-39 Anos	8	11,9%
40-49 Anos	16	23,9%
50-59 Anos	20	29,9%

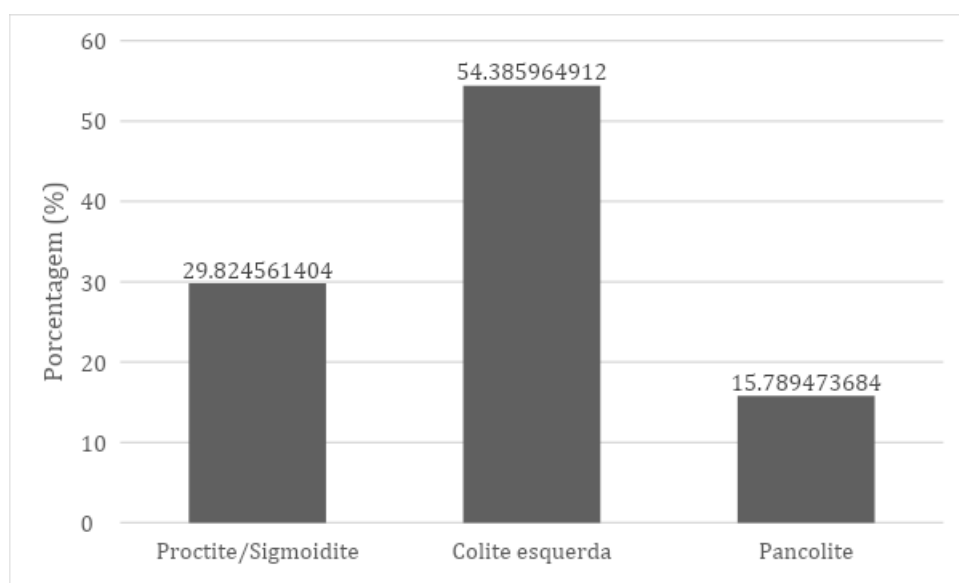
60+ Anos			19		28,4%
<b>Gênero</b>					
Feminino			46		68,7%
Masculino			21		31,3%
<b>Histórico Familiar</b>					
Não			56		83,6%
Sim			11		16,4%
<b>Tabagismo</b>					
Não			54		80,6%
Sim			13		19,4%
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Idade</b>	67	22	83	52,36	13,894

Fonte: CISGAP, 2023.

Na figura 2 estão descritos os padrões de acometimento na RCUI, sendo que, da mesma forma como na doença de Crohn, para a confecção desses dados foram excluídos os pacientes que possuíam o diagnóstico de RCUI confirmado, todavia não haviam registrado o exame de colonoscopia até a análise dos dados desse estudo, com um total de 57 pacientes para essa análise.

Figura 2 – Gráfico com os locais de acometimento na RCUI de pacientes

atendidos no CISGAP no município de Guarapuava-PR (N=48).



Fonte: CISGAP, 2023.

A tabela 6, por sua vez, explana a associação da sintomatologia mais prevalente em RCUI. A diarreia lidera com 48 (71,6%), acompanhada do sangramento com 29 (43,2%), dor abdominal 16 (23,8%), muco nas fezes 5 (7,4%), perda de peso 4 (5,9%) e com a mesma porcentagem constipação e tenesmo com 1 (1,4%). Ressalta-se ainda que a sintomatologia pode ocorrer em concomitância.

Tabela 6 – Sintomatologia dos pacientes com RCUI de pacientes atendidos no CISGAP em Guarapuava-PR (N=67).

Sintomas	N	%
Diarreia	48	71,6%
Sangramento nas fezes	29	43,2%
Dor abdominal	16	23,8%
Muco nas fezes	5	7,4%
Perda de peso	4	5,9%
Constipação	1	1,4%
Tenesmo	1	1,4%

Fonte: CISGAP, 2023.

Diante desse cenário, a partir das variáveis idade, tabagismo, histórico familiar e gênero foram realizadas correlações a partir do teste T-student utilizando N significativo de 67. Sendo assim, as correlações de idade com histórico familiar e

gênero apontaram um valor de  $p > 0,05$ , demonstrando assim que as variáveis não apresentam uma relação com uma significância estatística expressiva. Por outro lado, ao comparar as variáveis de idade com tabagismo observa-se um  $p$  valor  $< 0,05$ , e portanto, a relação das variáveis apresenta significância, assim nota-se que os pacientes tabagistas da retocolite possuem, em média, idades mais avançadas comparado aos pacientes não tabagistas; dados expostos na tabela 7.

Tabela 7 – Correlação com teste T-student de idade entre tabagismo, histórico familiar e gênero de pacientes com RCUI atendidos no CISGAP em Guarapuava-PR (N=67).

	<b>Tabagismo</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>p*</b>
<b>Idade</b>	Sim	13	60,85	< 0,05
	Não	54	50,31	
	<b>Histórico Familiar</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>p*</b>
<b>Idade</b>	Sim	11	55,36	0,218
	Não	56	51,77	
	<b>Gênero</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>p*</b>
<b>Idade</b>	Masculino	21	53,43	0,337
	Feminino	46	51,87	

Fonte: CISGAP, 2023.

A partir da análise dos dados obtidos em relação à doença de Crohn e RCUI, acabou-se englobando os pacientes e definindo um perfil para os pacientes com DII. No qual, destaca-se que 70 (64,2%) eram do sexo feminino e 39 (35,8%) do sexo masculino. A idade dos pacientes variou entre 18 a 85 anos, com média de 51 anos, com predominância em pacientes com 60 anos ou mais, com 30 pacientes (27,5%), seguido de 50 a 59 anos com 29 (26,6%). Além disso, verificou que o histórico familiar obteve 20 (18,3%) pacientes com história familiar positiva e 89 (81,7%) não tinham histórico familiar. Por fim, o fator tabagismo estava presente em 23 (21,1%) pacientes e 86 (78,9%) não tinham esse hábito (Tabela 8).

Tabela 8 – Perfil do paciente com DII atendido no CISGAP no município de

Guarapuava-PR (N=109).

<b>Características Gerais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>			
<b>Faixa Etária</b>					
18-29 Anos	11	10,1%			
30-39 Anos	18	16,5%			
40-49 Anos	21	19,3%			
50-59 Anos	29	26,6%			
60+ Anos	30	27,5%			
<b>Gênero</b>					
Feminino	70	64,2%			
Masculino	39	35,8%			
<b>Histórico Familiar</b>					
Não	89	81,7%			
Sim	20	18,3%			
<b>Tabagismo</b>					
Não	86	78,9%			
Sim	23	21,1%			
	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Idade</b>	109	18	85	50,72	15,662

Fonte: CISGAP, 2023.

A tabela 9 apresenta a análise do diagnóstico com as variáveis gênero, histórico familiar e tabagismo através do teste de qui-quadrado. Em relação aos resultados, demonstrou-se que não houve significância estatística, valor de  $p > 0,05$ , no diagnóstico de doença inflamatória intestinal. Demonstrando que ambas doenças (Crohn e RCU) quando agrupadas não possuem predileção por gênero, histórico familiar e tabagismo, o que muda quando comparadas independentemente.

Tabela 9 – Correlação de teste de qui-quadrado de diagnóstico entre gênero, histórico familiar e tabagismo de pacientes com DII atendidos no CISGAP em Guarapuava-PR (N=109).

<b>Gênero</b>	<b>Total</b>	<b>p*</b>
---------------	--------------	-----------

	Feminino	Masculino		
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	24	18	42	0,222
RCUI	46	21	67	
Total	70	39	109	
<b>Histórico Familiar</b>				
	Não	Sim	<b>Total</b>	<b>p*</b>
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	33	9	42	0,511
RCUI	56	11	67	
Total	89	20	109	
<b>Tabagismo</b>				
	Não	Sim	<b>Total</b>	<b>p*</b>
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	32	10	42	0,583
RCUI	54	13	67	

Fonte: CISGAP, 2023.

Sobre a tabela 10, esta evidência a análise dos sintomas na doença inflamatória intestinal através do teste Exato de Fisher. Sobre isso, nota-se uma tendência significativa, com o valor de  $p < 0,05$ , para os seguintes sintomas: diarreia, constipação, dor abdominal e sangramento; isso significa que a presença destes é significativa quando presentes. Além disso, destaca-se que a constipação, dor abdominal e sangramento são fatores diagnósticos importantes para o Crohn em comparação a RCUI.

Tabela 10 – Correlação de teste exato de Fischer do diagnóstico com os sintomas de pacientes com DII atendidos no CISGAP em Guarapuava-PR (N=109).

	<b>Diarreia</b>		<b>Total</b>	<b>p*</b>
	Não	Sim		
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	1	41	42	< ,001
RCUI	19	48	67	
Total	20	89	109	

	<b>Constipação</b>		<b>Total</b>	<b>p*</b>
	Não	Sim		
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	10	32	42	< ,001
RCUI	66	1	67	
Total	76	33	109	
	<b>Dor Abdominal</b>		<b>Total</b>	<b>p*</b>
	Não	Sim		
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	4	38	42	< ,001
RCUI	51	16	67	
Total	55	54	109	
	<b>Sangramento nas fezes</b>		<b>Total</b>	<b>p*</b>
	Não	Sim		
<b>Diagnóstico</b>				
Crohn	8	34	42	< ,001
RCUI	38	29	67	

Fonte: CISGAP, 2023.

Com relação a tabela 11 abaixo, utilizando o teste t-student o valor de p não foi estatisticamente significativo, ficando em 0,085, isso significa que que idade e o diagnóstico dos pacientes com DII não possuem relação.

Tabela 11 – Correlação com teste de t-student entre idade e diagnóstico de pacientes com DII em Guarapuava-PR (N=109).

	<b>Diagnóstico</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>p*</b>
<b>Idade</b>	Crohn	42	48,12	18,002	0,085
	RCUI	67	52,36	13,894	

Fonte: CISGAP, 2023.

## 4 DISCUSSÃO

As DII trazem consigo um curso clínico longo e recidivante, o que acaba por interferir de forma importante nos pacientes, principalmente devido a ser uma patologia com um pico de incidência por volta dos 20 a 30 anos, sendo o outro pico aos 50 anos, idades com atividades laborais e sociais importantes<sup>(5, 7-8)</sup>. Cerca de 25% a 35% da população com DII possuem mais de 60 anos, das quais 15% foram diagnosticadas tardiamente<sup>(8)</sup>. Outro fato a se destacar é que na maioria dos estudos realizados com uma amostra significativa há uma maior prevalência de RCUI quando comparada a DC, inclusive resultado este visualizado neste estudo, no qual 61,4% (N=67) dos pacientes com DII tinham diagnóstico de RCUI, comparado com os 38,6% (N=42) diagnosticados com DC<sup>(5)</sup>.

A incidência da DC anualmente varia de 3 a 20 casos por 100.000 pessoas, tendo uma leve predominância em mulheres nos artigos e estudos analisados<sup>(7)</sup>. A prevalência encontrada neste estudo, está relacionada com a da literatura, visto que na DC, o total de pacientes mulheres foi de 24 (57,1%) comparado aos homens 18 (42,9%).

Os fatores de risco associados a DC estão relacionados à mudança no microbioma intestinal ou perturbações na mucosa intestinal e por fim à genética, onde por volta de 200 genes estão sendo associados à doença<sup>(7)</sup>. Um fator de risco ambiental estudado, o tabagismo, pode até duplicar o risco de desenvolver DC, risco aumentado também em ex-fumantes. Trazendo para a realidade desse estudo, verificou-se que o fator tabagismo esteve correlacionado, visto que o teste exato de Fischer apresentou uma significância, valor de  $p < 0,05$ , em relação a presença da doença, sendo evidenciado, principalmente, pelo gênero masculino no qual dos 18 pacientes 7 eram tabagistas.

Os principais locais acometidos na DC são íleo terminal e cólon, com cerca de 50% de prevalência, já intestino delgado com por volta de 30% e em 20% dos casos apenas cólon, isoladamente. As manifestações extra intestinais são raras, cerca de 10% dos casos; em casos de DC grave a presença de sangue nas fezes pode ocorrer apesar de estar mais relacionada à colite ulcerativa<sup>(7-9)</sup>. No presente trabalho, notou-se semelhança com os estudos, visto que na DC os locais mais acometidos também foram íleo terminal em 63% (N=21), cólon em 42% (N=14), seguidos pelo reto em 21%



(N=7) e sigmóide e estômago, ambos em 6% (N=2).

Com relação a RCUI, diferentemente da DC, seu pico de incidência é um pouco mais tarde, por volta da 4ª década de vida, com a média dos 44 anos de idade <sup>(5)</sup>. Grande parte dos pacientes com RCUI apresenta sintomas mais moderados ao diagnóstico, como febre ou perda de peso. Assim como na DC, a RCUI possui uma predileção pelo sexo feminino, mostrando um percentual levemente maior em diversos estudos, entretanto foi percebido que após os 60 anos de idade há uma ligeira preponderância masculina<sup>(8-4)</sup>. Deste ponto, observou-se que na RCUI houve uma maior prevalência de mulheres em 68,7% (N=46), comparado aos homens em 31,3% (N=21). Em relação a idade, evidenciou-se a média de 52 anos, tendo uma prevalência maior para idades mais avançadas, ocorrendo na faixa etária entre 40 a 49 anos 23,9% (N=16), 50 a 59 anos 29,9% (N=20) e maiores de 60 anos 28,4% (N=19).

Comparando novamente à DC, a RCUI apresenta um caráter de herança familiar de menor importância apesar de estudos também revelaram uma prevalência maior com familiares de primeiro grau quando comparado com a população em geral<sup>(10)</sup>. Outro ponto discordante é quanto ao tabagismo, enquanto na DC o tabagismo contribui para a duplicação da chance de desenvolvimento da doença, na RCUI estudos observaram efeito protetor do tabagismo<sup>(4)</sup>. No presente estudo, verifica-se que não houve significância estatística para a relação do diagnóstico e o fator tabagismo e histórico familiar. Além disso, outro fator para essa discordância com a literatura foi o baixo número da amostra.

Na RCUI cerca de  $\frac{1}{3}$  dos pacientes apresentará a doença limitada ao reto (proctite), cerca de  $\frac{1}{3}$  com desenvolvimento atrelado do colo-reto distal à flexura esplênica (colite esquerda) e o último  $\frac{1}{3}$  tendo acometimento proximal à flexura esplênica <sup>(9)</sup>. No presente estudo, verificou-se o maior envolvimento relacionado a colite esquerda 45,8% (N=31), seguindo de proctite e proctossigmoidite com 35,4% (N=17) e o restante apresentando pancolite 18,7% (N=9).

As complicações mais prevalentes nas DII foram: fístula anal, abscesso anal e estenose em íleo, sendo que na DC houveram mais complicações nos estudos e artigos revisados<sup>(5)</sup>. Desta maneira, correlacionando com este estudo evidenciou-se também uma presença maior de complicação na DC e a fístula foi a complicação mais

encontrada, com cerca de 14,2% (N=6) dos pacientes com Crohn, seguida de estenose 9,5% (N=4) e perfuração, em 4,7% (N=2).

Sobre a sintomatologia das doenças, grande parte dos estudos colocam três sintomas como os cardeais na DII, sendo eles diarreia, dor abdominal e sangramento nas fezes<sup>(4)</sup>. Além disso, em estudos internacionais, observou-se que a sintomatologia mais presente na DC foi a dor abdominal e diarreia, e em comparação a RCUI, o sintoma mais prevalente foi o sangramento nas fezes<sup>(11)</sup>. Em comparação ao referido trabalho, verificou-se resultados semelhantes com a DC, na qual através de uma significância estatística, os sintomas de diarreia e dor abdominal estiveram com uma alta prevalência. Além disso, o sangramento nas fezes se fez presente em ambos os casos. Ademais, notou-se uma significância para o sintoma de constipação em pacientes com DC, sendo uma variável destaque para o diagnóstico dessa doença. Para o presente estudo há vieses que acabam por afetar toda a produção de dados e por consequência os resultados. Foi verificada a existência de viés de seleção, pois a mostra dos pacientes concentra-se única e exclusivamente em moradores de Guarapuava-PR, os resultados presentes aqui podem não ser os mesmos encontrados em outras localidades. Além deste, há também viés de memória, no caso do estudo este viés foi observado pelo fato dos pacientes afetados pela doença não lembrarem ou recordarem informações a serem registradas em prontuários, o que acaba por dificultar a coleta de dados e registro dos resultados.

## 5 CONCLUSÃO

Neste estudo em questão, portanto, nota-se um perfil epidemiológico e clínico dos indivíduos que são acometidos por Doença Inflamatória Intestinal que estão em consonância com os trabalhos presentes na literatura nacional e internacional, discordando apenas no fator do tabagismo como protetor de RCUI e histórico familiar positivo como fator preditivo, o qual no presente estudo demonstra um valor sem significância estatística.

Adicionalmente, foi constatado que a patologia mais frequente dentre as DII é a RCUI, com uma leve predileção pelo sexo feminino em ambas, no que tange a idade nas duas DII foi visto uma maior prevalência da faixa dos 50-59 anos, sendo a faixa etária acometida dos 20 anos aos 59 anos. Tanto em Crohn quanto em Retocolite Ulcerativa os dados apresentados evidenciaram uma não ligação com o histórico familiar, o que pode ser explicado por diagnósticos não feitos.

Nos pacientes de RCUI o local de maior acometimento pela enfermidade foi cólon esquerdo, seguido pelo reto; enquanto que na DC os locais de destaque foram o íleo terminal seguido também pelo cólon e reto. Os sintomas apresentados em ambas doenças foram diarreia, dor abdominal, hematoquezia (com uma maior relevância em RCUI), constipação, muco nas fezes em RCUI e ainda dispepsia em poucos casos de DC.

Com base em todo o acervo de pesquisas e dados do sistema foi demonstrada a necessidade da ampliação de estudos na área, buscando conhecer melhor tanto a epidemiologia quanto a atual situação da DII em território brasileiro. A falta de estudos clínicos, ensaios e até mesmo relato de casos acabam por limitar as possíveis relações entre diferentes doenças, fatores ambientais e ainda genéticos no que tange o assunto.

## **6 AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer e dedicar esse trabalho a todos que nos apoiaram e auxiliaram durante nosso caminho. Primeiramente a Deus por iluminar e abençoar nossa trajetória. A nossas famílias pelo apoio e por proporcionar essa oportunidade que estamos concluindo academicamente. Agradecimento especial aos amigos, colegas e namoradas que sempre nos apoiaram e auxiliaram em todas as decisões e momentos difíceis.

Agradeço ao Dr. Celso Didoné Filho, nosso orientador, pelos conselhos e participação na elaboração desse projeto.

## **7 CONTRIBUIÇÕES AOS AUTORES**

Capucho SS, coleta de dados, execução de pesquisa, escrita do texto, análise de estatística, revisão. Fernandes W, coleta de dados, execução de pesquisa, escrita do texto, análise de estatística, revisão. Silva SS da, coleta de dados, execução de pesquisa, escrita do texto, análise de estatística, revisão. Filho CND, revisão.

## **8 ORCID**

Samuel Sá Capucho: 0009-0007-7940-9763

Samuel Staciaki da Silva: 0009-0004-9401-6835

William Fernandes: 0000-0003-4119-1803

Celso Nilo Didoné Filho: 0000-0003-1238-4999

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Faria LC, Ferrari ML de A, Cunha AS da C. Aspectos clínicos da doença de Crohn em um centro de referência para doenças intestinais. GED gastroenterol. endosc. dig. julho de 2004;23(4): 151-164.
2. Victoria CR, Sassak LY, Nunes HR de C. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. Arq Gastroenterol. março de 2009;46(1):20–5.
3. Kleinubing-Júnior H, Pinho M de SL, Ferreira LC, Bachtold GA, Merki A. Perfil dos pacientes ambulatoriais com doenças inflamatórias intestinais. ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo). setembro de 2011;24(3):200–3.
4. Silva DCB da, Tanaka TM. Perfil clínico e epidemiológico da Doença Inflamatória Intestinal em um centro de referência em gastroenterologia no oeste do Paraná. E-Acadêmica. 24 de junho de 2023;4(2):e2442486.
5. Rosa JR da, Junior JF da S, Rosa MI da. Perfil epidemiológico de portadores de doença inflamatória intestinal. Arq Catarin Med. abril de 2014;43(2):53-58.
6. Copetti LEF. Perfil epidemiológico de pacientes com doença inflamatória intestinal no ambulatório de especialidades do HSPM [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Hospital do Servidor Público Municipal; 2021.
7. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. Mayo Clin Proc. julho de 2017;92(7):1088–103.
8. Sturm A, Maaser C, Mendall M, Karagiannis D, Karatzas P, Ipenburg N, et al. European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on IBD in the Elderly:

Table 1. J Crohns Colitis. 20 de outubro de 2016.

9. Burisch J, Munkholm P. The epidemiology of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol.* 3 de agosto de 2015;50(8):942–51.

10. Mayberry JF. Recent epidemiology of ulcerative colitis and Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis.* março de 1989;4(1):59–66.

11. Burgmann T, Clara I, Graff L, Walker J, Lix L, Rawsthorne P, et al. The Manitoba Inflammatory Bowel Disease Cohort Study: Prolonged Symptoms Before Diagnosis — How Much Is Irritable Bowel Syndrome? *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* May, 2006;4(5):614–20.

## **10 ANEXOS**

### **10.1 Normas da revista Arquivos de Gastroenterologia.**

#### **10.1.1 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 dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação.

O objetivo da Revista é publicar estudos de natureza original, clínicos ou cirúrgicos, técnicas, e estudos de epidemiologia na área de 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, Artigos de Revisão 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.

#### **10.1.2 Forma e preparação de manuscritos**

O texto deve estar obrigatoriamente 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.

O periódico Arquivos de Gastroenterologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado em "Methods".

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 de autor será obrigatória a partir de janeiro de 2019.



Sobre o uso de Inteligência Artificial para elaboração dos manuscritos.

A inteligência artificial (IA) ou tecnologias semelhantes não se qualificam para autoria. A utilização da IA para auxiliar a redação de textos e formatações do mesmo deve ser cuidadosamente supervisionada pelo autor. Qualquer ferramenta de IA não pode ser incluída como coautora. Se utilizadas para criar conteúdo ou ajudar na redação ou edição de devem ser descritas. Se fizerem parte do design ou métodos formais de pesquisa devem ser incluídos na seção Métodos.

#### 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. Os autores devem informar ou negar a utilização de Inteligência Artificial para elaboração do texto
8. Recomenda-se a elaboração de quadro dos pontos-chave do artigo em questão. Deve ser construído com no máximo 4 sentenças, resumindo objetivos, métodos, resultados e conclusões
9. 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.
10. Palavras-chave (de 3 a 10). Utilize sempre que possível 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, disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>.

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

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

13. Referências - A Arquivos de Gastroenterologia adota as normas Vancouver. Texto completo

em: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](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. Após seis autores, inclua "et al."

14. 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.

15. 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.

16. 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.