



ARTUR CLÍMACO DA SILVA FILHO
ANDREA LUIZA ALVES DE FREITAS

**ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS E SOBREVIVÊNCIA DAS COLECTOMIAS
REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS.**

TERESINA-PI

2019

ARTUR CLÍMACO DA SILVA FILHO
ANDREA LUIZA ALVES DE FREITAS

**ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS E SOBREVIVÊNCIA DAS COLECTOMIAS
REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)
apresentado como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Medicina do
Centro Universitário UNINOVAFAPÍ.

Orientador: Prof. Dr. Wellington Ribeiro
Figueiredo

TERESINA-PI

2019

T761 Trabalho de Conclusão de Curso - TCC: modalidade MONOGRAFIA /
Artur Clímaco da Silva Filho & Andrea Luiza Alves de Freitas - 2019.
52 p.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado
em Medicina do Centro Universitário UNINOVAFAPÍ, produzido na
modalidade Monografia, turma 2020.1, *Campus* Teresina, Teresina-PI,
2019.

1. Trabalho de Conclusão de Curso – Monografia – Medicina.
Silva Filho, Artur Clímaco da & Freitas, Luiza Alves de (Org.).
II. Título.

CDD: 583

Ficha elaborada pelo Serviço de Catalogação Centro Universitário UNINOVAFAPÍ

**ARTUR CLÍMACO DA SILVA FILHO
ANDREA LUIZA ALVES DE FREITAS**

**ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS E SOBREVIVÊNCIA DAS COLECTOMIAS
REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)
apresentado como exigência parcial para
obtenção do título de Bacharel em Medicina do
Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Wellington Ribeiro Figueiredo (Orientador)
UNINOVAFAPI

Membro 1

Membro 2

A **Deus**,
A nossos Pais,
Aos nossos irmãos(ãs)

DEDICAMOS.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos nossos pais, irmãos e familiares, por todo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos nossos amigos de turma, que foram essenciais nessa trajetória, prestando toda ajuda necessária durante todos esses anos de curso.

A esta instituição - UNINOVAFAP, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a chegada desse momento tão esperado.

Ao nosso orientador, Professor Dr. Wellington Ribeiro Figueiredo, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da nossa formação, o nosso muito obrigado.

“Foi graças a todo incentivo que recebemos durante estes
anos que hoje podemos celebrar este marco nas nossas
vidas: a nossa formatura. Um agradecimento a todos!.”

“Wherever the art of medicine is loved, there is also a love of
humanity.
(Onde quer que a arte da medicina seja amada, também existirá amor
pela humanidade).”

Hipócrates

RESUMO

A cirurgia do aparelho digestivo sempre teve como desafio tratar algumas doenças incapacitantes colorretais, através de técnicas cirúrgicas cujos resultados não fossem iguais ou piores às doenças em si. Este procedimento cirúrgico, denominado Colectomia, possui alta complexidade, elevada mortalidade e taxa de complicações, sendo a deiscência da anastomose a complicação mais temida, podendo cursar com ausência de sintomas e prejudicar no diagnóstico. Esta pesquisa teve como objetivo analisar, de forma crítica, a sobrevida das colectomias realizadas no Hospital de Urgência de Teresina nos últimos 10 anos. Corresponde a uma pesquisa de cunho bibliográfica e documental (prontuários), de abordagem metodológica quantitativa em um público de enfermos do Hospital de Urgência de Teresina - Piauí. Está estruturada em três capítulos: (i) Metodologia - que esboça as etapas metodológicas da pesquisa, (ii) O Procedimento Cirúrgico da Colectomia - abordando a Definição e Caracterização, Aspectos Históricos e O Pós Operatório da Colectomia e (iii) Os Procedimentos de Colectomias Realizadas no Hospital de Urgência de Teresina em 10 Anos, detalhando o Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa e Complicações Cirúrgicas. Dos 400 pacientes participantes desta pesquisa, foi observado que a faixa etária variou de 0 a mais de 60 anos, havendo predomínio da faixa compreendida entre 60 a mais anos e o sexo masculino. A avaliação das situações de indicações para este tipo de procedimento cirúrgico nos pacientes amostrados teve como resultados trinta e quatro (34) situações que indicavam esta cirurgia, sendo as mais frequentes: obstruções do intestino, traumatismo do cólon, as não especificadas, transtornos vasculares agudos do intestino, doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso. Vale ressaltar que em algumas situações, o paciente poderá ter uma escolha entre os tipos de colectomia. Faz-se necessário uma ampla discussão com o médico sobre os benefícios de cada um, enfatizando as indicações necessárias, e assim ser efetivada a tomada de decisão. Apesar de algumas vantagens associadas ao procedimento cirúrgico da colectomia parecerem especulativas, esta cirurgia representa um procedimento reproduzível. Porém, o profissional que conduz o procedimento deve possuir habilidades laparoscópicas adequadas. Devido à indicação dessa abordagem ser seletiva, é necessária sua padronização técnica e futuros ensaios clínicos devem ser incentivados.

Palavras chaves: Procedimento Cirúrgico; Cólon; Pacientes.

ABSTRACT

CRITICAL ANALYSIS OF RESULTS AND SURVIVAL OF COLECTOMIES CARRIED OUT IN THE TERESINA URGENCY HOSPITAL IN 10 YEARS

Digestive surgery has always had the challenge of treating some disabling colorectal diseases through surgical techniques whose results were not equal to or worse than the diseases themselves. This surgical procedure, called Colectomy, has high complexity, high mortality and complication rate. Anastomotic dehiscence is the most feared complication, and may present with no symptoms and impair diagnosis. This research aimed to critically analyze the survival of colectomies performed at the Teresina Emergency Hospital in the last 10 years. It corresponds to a bibliographic and documentary research (medical records), with a quantitative methodological approach in a public of patients of the Emergency Hospital of Teresina - Piauí. It is structured in three chapters: (i) Methodology - which outlines the methodological stages of the research, (ii) The Surgical Procedure of the Colectomy - addressing the Definition and Characterization, Historical Aspects and the Postoperative Colectomy and (iii) The Procedures of Colectomy Held at the Teresina Emergency Hospital in 10 Years, detailing the Clinical-Epidemiological Profile of Research Subjects and Surgical Complications. Of the 400 patients participating in this study, it was observed that the age range ranged from 0 to over 60 years, with a predominance of the range from 60 to more years and males. The evaluation of the indicative situations for this type of surgical procedure in the sampled patients resulted in thirty-four (34) situations that indicated this surgery, the most frequent being: bowel obstruction, colon trauma, unspecified, acute vascular disorders. of the intestine, diverticular disease of the large intestine with perforation and abscess. It is noteworthy that in some situations, the patient may have a choice between colectomy types. A wide discussion with the doctor about the benefits of each one is necessary, emphasizing the necessary indications, and thus the decision making is effective. Although some advantages associated with the colectomy surgical procedure may seem speculative, this surgery represents a reproducible procedure. However, the professional conducting the procedure must have adequate laparoscopic skills. Because this approach is selective, its technical standardization is required and future clinical trials should be encouraged.

Keywords: Surgical Procedure; Colon; Patients.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Perfil demográfico dos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.	25
Tabela 02 - Indicações da Colectomia, por sexo, nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.	26
Tabela 03 - Indicações da Colectomia, por faixa etária, nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.	29
Tabela 04 - Evolução por tipo Indicação da Colectomia, nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.	33
Tabela 05 - Tipo de Colectomia por tipo de Indicação nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.	37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAP. 1 METODOLOGIA	16
1.1 Desenho do Estudo	16
1.2 Local e Período do Estudo	16
1.3 População e Amostra	17
1.4 Coleta de Dados	18
1.5 Critérios de Inclusão e Exclusão	18
1.6 Análise de Dados	18
1.7 Aspectos Éticos da Pesquisa	19
1.8 Riscos e Benefícios	19
CAP. 2 O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA COLECTOMIA	20
2.1. Definição e Caracterização	20
2.2. Aspectos Históricos	21
2.3. O Pós Operatório da Colectomia	21
CAP. 3: OS PROCEDIMENTOS DE COLECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS	25
3.1. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa	25
3.2 Indicações, Tipos e Complicações Cirúrgicas	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICES	44
ANEXO	51

INTRODUÇÃO

A cirurgia do aparelho digestivo sempre teve como desafio tratar algumas doenças incapacitantes colorretais, através de técnicas cirúrgicas cujos resultados não fossem iguais ou piores às doenças em si. Preservar parte do reto, o aparelho esfíncter e retardar o trânsito intestinal, são os objetivos básicos de qualquer procedimento técnico ao se reconstruir o trânsito, após uma colectomia total com ou sem ressecção parcial do reto.

Algumas técnicas operatórias clássicas existem e muitas outras têm sido planejadas, no intuito de retardarem o trânsito ileorretal. As técnicas mais utilizadas são aquelas que utilizam a interposição de uma alça iso ou anisoperistáltica (RESENDE ALVES, 1949 & CALIL, 1961); as que criam novos reservatórios às custas de alças ileais (FONKALSRUD, 1980; PARKS et al., 1980; KOJIMA, 1982; NICHOLLS et al., 1984; VILLALOBOS et al., 1985; PEZIM et al., 1987; FIORENTINI, 1987; TAYLOR, 1987; SCHOETZ et al., 1988; NAGY, 1991; SHAMBERGER et al., 1991 & DA VIS et al., 1991); as que se baseiam na confecção de válvulas intraluminares (LACOMBE et al., 1975 & MANZIONE, 1980), ou as que preservam, após colectomia total ou subtotal, a papila ileocecal, seja nas anastomoses ileorretais (SAFATLE et al., 1984 & KALIL & LÁZARO DA SILVA, 1990), nas anastomoses cecorretais (VASCONCELOS, 1964) ou nas anastomoses ileocólicas (OGILVIE, 1931).

A colectomia é uma cirurgia do aparelho digestivo que tem como objetivo ressecção cirúrgica parcial ou total do cólon. É um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento e prevenção de afecções do cólon. . A abordagem cirúrgica, vai de acordo com o local acometido, existindo assim várias técnicas. Elas podem ser classificadas de acordo com a sua extensão: colectomia segmentar; parcial: direita, transvectomia e colectomia esquerda; colectomia subtotal e colectomia total. Suas principais indicações são no tratamento de traumatismos, alterações mecânicas do cólon (volvo, megacólon e invaginações), lesões isquêmicas e angiodisplásicas, hemorragia digestiva baixa, moléstias inflamatórias do cólon, moléstia diverticular complicada e neoplasias benignas e malignas do intestino grosso.

A colectomia segmentar é a ressecção de uma pequena extensão do cólon, enquanto as colectomias parciais referem-se às ressecções de um segmento do cólon na sua totalidade, isto é, do cólon direito, esquerdo ou transversal (GOFFI, 2004). A colectomia subtotal é a colectomia parcial ampliada, onde vários segmentos são ressecados em um só tempo cirúrgico, e a colectomia total caracteriza-se pela ressecção de todo o cólon, isto é desde a válvula ileocecal

até o reto (GOFFI, 2004).

Nas colectomias a direita, ocorre a ressecção do cólon direito, e geralmente está indicada em virtude de carcinoma doença inflamatória do cólon e, mais raramente, por tuberculose ou vólculo do ceco, cólon ascendente ou ângulo hepático. As vias de acesso utilizadas são a laparotomia longitudinal mediana, paramediana direita ou a transversa direita supra-umbilical. A conduta cirúrgica é planejada, evitando-se ressecções maiores nas situações não curativas, quando há comprometimento peritoneal ou metástases não tratáveis. Nesses casos, as ressecções são restritas e de caráter paliativo (GOFFI, 2004). Nas colectomias a direita laparoscópica do cólon é mais comumente indicada para doenças benignas do cólon, tais como diverticulite crônica e grandes pólipos que não são passíveis de ressecção durante colonoscopia. A abordagem laparoscópica está sendo utilizada com frequência cada vez maior para carcinoma. De modo geral, essa abordagem não está indicada para pacientes com condições emergenciais, tais como obstrução, perfuração ou hemorragia maciça.

A transversectomia é reservada aos tumores que se localizam na porção média do cólon transversal, tendo em vista que os próximos ao ângulo esplênico são tratados de forma adequada através da colectomia a esquerda, enquanto as lesões junto ao ângulo hepático são ressecadas através da colectomia a direita. A via de acesso utilizada é a laparotomia mediana por incisão transversal (GOFFI, 2004).

A colectomia esquerda, anastomose terminoterminal é uma operação realizada principalmente em virtude de tumores do cólon esquerdo ou complicações diverticulite. A via de acesso é laparotomia mediana ampla ou paramediana esquerda (GOFFI, 2004). Já a esquerda laparoscópica é a ressecção do cólon mais comumente indicada para doenças benignas. Tais como diverticulite crônica e grandes pólipos, que não são passíveis de ressecção durante a colonoscopia. Muitos pacientes que são admitidos para esse procedimento apresentam uma clínica de obstrução intestinal, indicando que esses tumores de cólon esquerdo são do tipo estenosante. Contudo, muitas vezes devem ser tomadas medidas de precaução devido a possíveis disseminações tumorais, incluindo assim manipulação limitada do tumor.

A colectomia, esquerda laparoscópica do cólon é mais comumente indicada para doenças benignas, tais como diverticulite crônica e grandes pólipos, que não são passíveis de ressecção durante a colonoscopia. A abordagem laparoscópica está sendo utilizada com frequência cada vez maior para o carcinoma. De um modo geral, essa abordagem não está indicada em pacientes emergenciais, tais como aqueles com obstrução, perfuração ou hemorragia maciça. As cirurgias

laparoscópicas, ainda são procedimentos considerados muito complexos principalmente nos tratamentos de lesão do cólon transverso e descendente.

Do ponto de vista técnico, as colectomias laparoscópicas são trabalhosas, exigindo uma equipe afeita ao método e instrumental que permita executar os diversos tempos cirúrgicos com facilidade e segurança (GOFFI, 2004).

Nas colectomias subtotais são ressecções mais amplas e que envolvem vários segmentos cólicos. Já nas colectomias totais consiste na ressecção de todo intestino grosso, sendo indicada em situações específicas, como nas hemorragias digestivas baixas sem diagnóstico preciso do local de sangramento, em determinados pacientes portadores de moléstia inflamatória do cólon, nas obstruções do cólon esquerdo com comprometimento isquêmico do ceco. É ainda uma opção para o tratamento dos tumores obstrutivos do cólon esquerdo (GOFFI, 2004). A técnica envolvida no procedimento é a somatória das mencionadas para as coletomias parciais, sendo a anastomose realizada entre o íleo e o reto.

As cirurgias laparoscópicas, ainda são procedimentos considerados muito complexos principalmente no tratamento de lesões do cólon transverso e descendente distal. Do ponto de vista técnico, são cirurgias trabalhosas que exige uma equipe muito experiente não só com a cirurgia em si, mas com os equipamentos, que permita executar os diversos tempos cirúrgicos com facilidade e segurança.

As complicações das colectomias estão relacionadas à cirurgia abdominal de uma forma geral, e associadas especificadamente às ressecções cólicas. Uma das complicações mais temida é a deiscência da anastomose, podendo cursar na forma clínica com ausência de sintomas, assim mascarando o seu diagnóstico, ou até mesmo causar um quadro abdominal exuberante com peritonite generalizada.

Existem algumas circunstâncias que predisõem à deiscência, como a tensão da anastomose e a desvascularização das bordas anastomosadas, porém algumas vezes as deiscências ocorrem mesmo sem haver quebra dos princípios técnicos. O tratamento dessas complicações dependerá de suas consequências (GOFFI, 2004). Ainda é possível o tratamento clínico com antibioticoterapia, jejum e nutrição parenteral. Porém em pacientes que desenvolverem um quadro infeccioso grave, acompanhado de peritonite generalizada, terá como conduta intervenção cirúrgica para limpeza da cavidade abdominal, drenagem e derivação do trânsito intestinal através de colostomia e antibioticoterapia.

A justificativa desta relevante pesquisa dá-se pelo fato da colectomia ser uma cirurgia de

alta complexidade, de elevada mortalidade e com taxa de complicações elevadas, sendo a deiscência da anastomose a complicação mais temida, podendo cursar com ausência de sintomas e prejudicar no diagnóstico. Aliado a isso, implicam em altos custos hospitalares e sua indicação cirúrgica envolve uma gama de diagnósticos sindrômicos, como trauma, abdome agudo inflamatório, abdome agudo obstrutivo e abdome agudo isquêmico. Assim, o objetivo geral desta monografia foi analisar, de forma crítica, a sobrevida das colectomias realizadas no Hospital de Urgência de Teresina nos últimos 10 anos. Sendo os objetivos específicos os seguintes: Caracterizar sociodemograficamente os pacientes submetidos a colectomias no hospital pesquisado; identificar as mais frequentes indicações cirúrgicas dentre os casos analisados; quantificar dentre as colectomias totais ou parciais realizadas qual a mais frequente; apontar a frequência da realização ou não de anastomose ileorretal nas colectomias avaliadas; quantificar a mortalidade associada ao ato cirúrgico pesquisado e a ocorrência de complicações cirúrgicas associadas às colectomias avaliadas.

Esta monografia corresponde a uma pesquisa de cunho bibliográfica e documental (prontuários), de abordagem metodológica quantitativa em um público de enfermos do Hospital de Urgência de Teresina - Piauí. Está estruturada em três capítulos: Capítulo 1, intitulado METODOLOGIA, que esboça as etapas metodológicas da pesquisa, com destaque ao Desenho do Estudo, Local e Período do Estudo, População e Amostra, Coleta de Dados, Critérios de Inclusão e Exclusão, Análise de Dados, Aspectos Éticos da Pesquisa, Riscos e Benefícios; Capítulo 2, intitulado O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA COLECTOMIA, abordando a Definição e Caracterização, Aspectos Históricos e O Pós Operatório da Colectomia; Capítulo 3, intitulado OS PROCEDIMENTOS DE COLECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS, detalhando o Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa e Complicações Cirúrgicas; seguidos das CONSIDERAÇÕES FINAIS, REFERÊNCIAS e APÊNDICE / ANEXOS.

CAPÍTULO 1. METODOLOGIA

Neste capítulo abordar-se-á o percurso metodológico, destacando os aspectos relevantes para o desenvolvimento desta pesquisa propiciando o entendimento da forma como a mesma foi desenvolvida, incluindo coletas e análises de dados.

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter bibliográfico e documental / quantitativo, a partir do levantamento de dados dos prontuários de pacientes submetidos à ressecção cirúrgica do colo nos últimos 10 anos no Hospital de Urgência de Teresina – PI Zenon Rocha.

O levantamento bibliográfico, de acordo com Lakatos e Marconi (2003) possibilita uma visão mais clara do tema estudado oferecendo meios para definir, resolver problemas e explorar novas áreas.

A análise documental consta na consulta de documentos oficiais e escritos, analisados durante o processo de recolha de dados, com o objetivo de obter informações que respondam às questões da investigação. Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), um dos principais benefícios da utilização deste método é representar a valorização de um importante e precioso material documental que não para de se enriquecer. Ele é hoje umas das técnicas mais comuns na investigação empírica.

A pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se de técnicas estatísticas (RICHARDSON, 1999). Objetiva a aquisição de resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação e que possibilitem a maximização da margem de segurança (DIEHL, 2004). De modo geral, a pesquisa quantitativa é passível de ser medida em escala numérica (ROSENTAL; FRÉMONTIER-MURPHY, 2001).

3.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado no Hospital de Urgências de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT), em Teresina – PI, no período de outubro de 2019.

Inaugurado em 2008, o HUT é o principal hospital público de referência do estado para o atendimento de politraumatizados. Segundo a Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), o HUT faz atendimento de urgência e emergência, 24 horas, de média e alta complexidade com um total de 368 leitos de internação e 52 de observação.

Em dezembro de 2015 o Ministério da Saúde habilitou o HUT como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia de urgência e emergência. Com essa nova habilitação o HUT está credenciado a realizar 54 procedimentos, de alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia, que vão desde cirurgias em que o paciente sofreu grandes perdas ósseas até lesões de tendões e nervos periféricos. Além disso, conta com um Centro Cirúrgico que possui 09 salas de cirurgias e a sala de recuperação pós-anestésica 12 leitos. No pavimento superior estão localizadas as enfermarias assim distribuídas: Clínica Médica – 29 leitos e 01 isolamento; Clínica Ortopédica – 67 leitos e 02 isolamentos; Clínica Pediátrica – 32 leitos e 02 isolamentos; Clínica Neurológica – 35 leitos e 01 isolamento; Clínica Cirúrgica – 55 leitos e 02 isolamentos; Clínica de Queimados – 19 leitos (divididos em masculino, feminino e pediátrico) e 01 isolamento; 01 sala para psicólogo; 01 sala para o Serviço Social.

A pesquisa teve a participação do Centro Universitário UNINOVAFAPI como instituição proponente.

3.3 População e Amostra

A população alvo desta pesquisa foi composta por pacientes submetidos à ressecção cirúrgica do colo ocorrida nos últimos 10 anos no Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha (HUT). Para representar tal população, foram coletados dados de 400 prontuários. Este tamanho da amostra (n) de 400 casos foi pré-estabelecido em função do número de cirurgias disponíveis e registrados no período de referência do estudo, janeiro de 2009 a janeiro de 2019.

Nestas condições, considerada uma variância máxima ($P = 0,50$) na sobrevida dos pacientes colectomizados, um nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$), a margem de erro (E) foi de 4,80%, calculada pela fórmula:

$$E = 1,96 \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

$$E = 1,96 \sqrt{\frac{0,50 (1-0,50)}{400}}$$

$$E = 1,96 \sqrt{\frac{0,50 \times 0,50}{400}}$$

$$E = 0,0480$$

3.4 Coleta de Dados

Após aprovação do trabalho no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Uninovafapi e no CEP do Hospital de Urgências de Teresina (HUT), foram coletados os dados contidos nos prontuários dos pacientes que submetidos a colectomias nos últimos 10 anos. A coleta de dados foi feita em outubro de 2019.

Os dados coletados foram registrados em uma ficha previamente elaborada que funcionou como Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice 1).

Os dados coletados incluiu sexo, idade, indicação cirúrgica, realização ou não de anastomose ileorretal, complicações cirúrgicas descritas, óbitos e tipo de colectomia (parcial ou total).

3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos na pesquisa **todos** aqueles pacientes que submetidos à colectomia cirúrgica no Hospital de Urgência de Teresina nos últimos 10 anos, totalizando uma amostra de 400 pacientes.

3.6 Análise de Dados

Os dados coletados foram inicialmente registrados em uma planilha do Microsoft Excel, que serviu como banco de dados para o programa IBM SPSS Statistics 20.0 para o processamento e o teste estatístico.

A análise estatística realizada foi do tipo descritiva. As variáveis coletadas foram descritas pelas frequências absolutas (Nº) e relativas (%) quando se tratar de variável qualitativa e os resultados foram apresentados por meio das estatísticas de posição (média) e dispersão

(desvio padrão) quando a variável for quantitativa, com apresentação dos resultados obtidos por meio de tabelas e gráficos.

3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Por serem apenas dados oriundos de prontuários médicos, já que o estudo é meramente observacional, e pelo fato de que não foram coletados nomes ou quaisquer outros dados que possam identificar os indivíduos que participaram da pesquisa foi solicitada a Dispensa do Parecer pelo Comitê de Ética e Pesquisa do UNINOVAFAPI, conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde por meio do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD). Tendo sido elaborado e assinado a Declaração de Compromisso dos Pesquisadores (Anexo 1), Termo de Compromisso de Utilização de Dados – TCUD (Anexo 2), Solicitação de Dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 3). Foi solicitado e aprovado CEP do HUT com emissão de Autorização de Pesquisa HUT (Anexo 4).

3.8 Riscos e Benefícios

A pesquisa apresenta risco mínimo aos pacientes participantes, uma vez que se trata de um estudo retrospectivo de análise de prontuários. Reitera-se que não foram coletados nomes ou quaisquer outros dados que possam identificar os indivíduos que participaram da pesquisa. Foi garantido o sigilo de acordo com o disposto na resolução 466/12 – versão 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Danos emocionais ou danos relacionados à dimensão física, intelectual ou cultural não foram esperados. O projeto não estabeleceu relação comprovada com prejuízos, a longo ou médio prazo, para o indivíduo ou para coletividade.

Como benefício, destaca-se a contribuição da pesquisa para o hospital em estudo, pois foi possível evidenciar a incidência por gênero e faixa etária, indicações cirúrgicas, complicações mais frequentes e evoluções, contribuindo para uma melhor abordagem de novos casos cirúrgicos no futuro.

CAPÍTULO 2. O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA COLECTOMIA

Este capítulo representa uma revisão bibliográfica sobre o procedimento cirúrgico alvo desta pesquisa, a Colectomia, com descrição de características mais relevantes, norteadas o tema em questão e subsidiando a análises dos dados coletados em campo.

2.1. Definição e Caracterização

A colectomia consiste no procedimento cirúrgico de ressecção e remoção de todo ou parte do cólon. Dentre os tipos de colectomias, temos: colectomia total, na qual ocorre remoção de todo o cólon; colectomia parcial ou subtotal, ocorrendo retirada de apenas parte da estrutura; hemicolectomia, podendo estar ser direita ou esquerda e a proctocolectomia, em que, além do cólon, retira-se o reto.

O cólon é a última parte do sistema digestivo e tem como principais funções a absorção de água e armazenamento das fezes antes de sua eliminação. Ele é composto por músculo liso revestido por mucosa. Seu comprimento é de aproximadamente 15 cm. O cólon é pequeno, mas sua importância no organismo é enorme.

Diversas são as indicações das colectomias, das quais podemos citar: hemorragia grave do cólon não controlada; obstrução intestinal; diverticulite recidivante; prevenção em casos de pólipos múltiplos que, sabidamente, elevam o risco de CA de cólon e indicada para doenças crônicas, como a Doença de Chron. Além das indicações já mencionadas, Bender e Cols (1994) citam as colites ulcerativas, a polipose familiar, a hemorragia digestiva baixa, cânceres sincrônicos do cólon e isquemias colônicas como indicações clássicas da colectomia abdominal total.

Mesmo sendo utilizada há quase um século, ainda é um procedimento muito discutido devido a sua morbimortalidade e ao fato de muitas vezes acarretar quadros diarreicos de difícil controle, já citados nos trabalhos realizados por Lillehei e cols (1995) e Ottinger e Cols (1978).

A cirurgia do aparelho digestivo sempre teve como desafio tratar algumas doenças incapacitantes colorretais, através de técnicas cirúrgicas cujos resultados não fossem iguais ou piores às doenças em si. Preservar parte do reto, o aparelho esfincteral e retardar o trânsito intestinal, são os objetivos básicos de qualquer procedimento técnico ao se reconstruir o trânsito, após uma colectomia total com ou sem ressecção parcial do reto.

A colectomia é a retirada do intestino grosso. Chama-se colectomia parcial quando parte é ressecada. É chamada colectomia total quando todo o intestino grosso é retirado, porém, o reto é preservado. Acrescenta-se um prefixo procto, passando a chamar-se proctocolectomia quando o reto também é retirado. Consiste, portanto, na ressecção cirúrgica de uma parte ou da totalidade do intestino grosso (cólon). A colectomia é uma cirurgia de grande porte que pode ser realizada por via laparoscópica e aberta, sem dúvida que a laparoscopia trás mais conforto ao paciente e acelera a recuperação. É realizada com anestesia geral e dura em media 3 horas dependendo do caso.

A literatura classifica este procedimento cirúrgico em: Colectomia Direita: retirada do cólon ascendente ou direito, Colectomia do Transverso: retirada do cólon transverso, Colectomia Esquerda: retirada do cólon descendente ou esquerdo e Colectomia Total: retirada de todo o cólon (menos o reto).

A perda da função colônica através de doença ou procedimento operatório resulta em uma secreção continua de resíduos alimentares e aumentam as perdas intestinais diárias de água e eletrólitos.

Para o diagnóstico utiliza-se o exame de Colonoscopia que é a visualização do intestino grosso sob sedação com uma câmera, sendo o principal exame para o diagnóstico das doenças do cólon. Também utiliza-se o Enema Opaco, que é um raio-x com contraste, útil para visualização da forma do intestino. O Sangue Oculto nas fezes, utilizado na detecção precoce do câncer. Neste procedimento, todo o cólon e o reto são excisados, e o íleo (transformado em reservatório ou bolsa) é trazido para dentro da pelve e anastomosado ao canal anal.

Este procedimento é realizado para tratamento de câncer de intestino grosso, Diverticulite do intestino grosso, Doença inflamatória intestinal, tal como ulcerosa ou doença de Crohn, Polipose colônica, Colite isquêmica, Tumor colo-retal sincrônico, Polipose juvenil, Enfarte do mesentérico (enfarte do intestino) e Traumatismo.

A cirurgia pode ser realizada por videolaparoscopia (cirurgia realizada através de pequenos orifícios no abdômen com o auxílio de uma câmera de vídeo e instrumentos especiais) ou por via aberta. A cirurgia consiste na retirada do segmento do intestino doente, com margens de intestino normal como segurança, em conjunto com os linfonodos (gânglios linfáticos) que drenam a região. É realizada uma emenda entre as extremidades do intestino que ficou(chamada de anastomose). Esta costura pode ser realizada de forma manual ou através de grampeadores mecânicos.

Para esta cirurgia há a necessidade do preparo intestinal, o importante é manter uma dieta líquida dois dias antes da cirurgia e tomar os laxantes conforme a prescrição. O jejum é de 8 horas, normalmente o melhor é manter jejum a partir das 22:00 hs do dia anterior, mesmo para líquidos. Não se deve esquecer de levar os exames, avaliações e guia de cirurgia. Durante o preparo atenção com hidratação.

2.2 Aspectos Históricos

A doença diverticular está presente em mais de 70% da população na 8ª década de vida e sua incidência aumenta com a idade. No entanto, menos de 10% dos pacientes desenvolvem complicações, que podem ser fatais. Existem poucos estudos sobre a história natural dessa doença, levando à controvérsias sobre o seu manuseio ideal (RAFFERTY et al, 2006).

A colectomia abdominal total é um procedimento muito antigo na prática da cirurgia geral, tendo sido inicialmente realizada por Lilienthal em 1900 para o tratamento de uma paciente que apresentava história clínica compatível com doença inflamatória intestinal. O procedimento, então passou por períodos de popularidade, tendo-se ampliado o leque de indicações, com entusiastas da técnica inclusive para o tratamento de várias patologias funcionais do intestino, como obstipação intestinal crônica (WALKER et al, 2004).

Segundo Bell (2003), desde a publicação da primeira colectomia laparoscópica, o uso desse procedimento tem aumentado. Além disso, ensaios clínicos randomizados têm demonstrado que a cirurgia laparoscópica para câncer de cólon alcançou bons resultados em curto prazo, além de desfechos oncológicos similares aos da cirurgia aberta. No entanto, a cirurgia laparoscópica para tumores de cólon transverso e descendente demanda uma técnica avançada. Apenas recentemente, estudos demonstraram a facilidade e segurança da ressecção laparoscópica para lesões localizadas no cólon transverso e descendente distal.

Embora seja um recurso usado para tratar condições sérias de saúde, sua recuperação, quando realizada por laparoscopia, pode ser muito tranquila. Veja a seguir mais informações sobre o pós-operatório.

2.3 O Pós Operatório da Colectomia

As complicações que se associam e decorrem das intervenções cirúrgicas sobre o intestino grosso são várias e envolvem conotações sistêmicas ou regionais. Algumas têm relações indiretas com o ato operatório, e outras são consequências diretas das técnicas e táticas empregadas, razão porque quase todas elas têm início no intraoperatório. Dentro do contexto de complicações pós-operatórias, é possível citar: as insuficiências cardiopulmonares (respiratórias e cardíacas – dependentes ou não); as do trato urinário – infecciosas ou não; as vasculares periféricas, incluindo o tromboembolismo; e as que afetam a ferida cirúrgica, superficial ou profunda, na maioria das vezes associadas às infecções e que podem ser causa ou resultado da deiscência da anastomose (WALKER et al, 2004).

Esses eventos pós-operatórios diferem na incidência, mas todos são relevantes, porque aumentam a morbidade, efetivam a maior permanência hospitalar, aumentam os custos do tratamento, podem ser fatais e, quando a complicação é a deiscência da anastomose em pacientes operados de câncer do reto, os prognósticos das operações curativas pioram, pois esta complicação favorece a recidiva local (Bell, 2003).

Nas cirurgias abertas, que são mais demoradas e invasivas, há uma maior manipulação do corpo do indivíduo. Portanto, é maior o risco de traumas, hemorragias e infecções. Na colectomia por laparoscopia, a operação é mais rápida, o pós-cirúrgico é menos doloroso, a cicatrização é melhor. Assim a pessoa operada retorna às atividades normais em menos tempo.

A recuperação depois da cirurgia pode variar de pessoa para pessoa. Os resultados da colectomia são diferentes em cada procedimento, pois as condições de saúde são distintas, o histórico clínico diverso, os níveis de tolerância à dor são diferentes, assim como a capacidade de cicatrização. Apesar das diferenças, é possível encontrar similaridades em todas as cirurgias colorretais laparoscópicas, como menor período de internação hospitalar, maior conforto pós-cirúrgico, rápido retorno à dieta normal, maior segurança e melhor efeito estético.

Qualquer operação envolve riscos. No caso da colectomia, complicações como sangramento interno, infecção de feridas, obstrução intestinal, vazamento de líquidos no intestino, coágulos, lesão de outros órgãos e pneumonia podem ocorrer. A laparoscopia, no entanto, é bem menos arriscada se comparada às cirurgias abertas.

Para minimizar as possibilidades de complicação, além de optar pela laparoscopia, é importante haver uma equipe médica qualificada. O indivíduo deve passar previamente por

exame físico, exames laboratoriais, ECG, raio X, entre outros. Para completar, é necessário avisar ao cirurgião caso tenha problemas crônicos, doenças cardíacas, cirurgias prévias e informar se toma medicação regular. Esses cuidados aumentam a segurança do procedimento.

Algumas horas depois da colectomia ou, no mais tardar, no dia seguinte, espera-se que o indivíduo consiga se levantar da cama com auxílio. Ele deve ser capaz, nesse primeiro momento, de se manter cansado. Pode haver dor e desconforto, mas essas sensações são controladas com medicamentos prescritos pelo médico. Dois dias depois do procedimento, a pessoa operada pode caminhar devagar. Essa prática diminui as chances de trombose e infecção pulmonar. Após retirar parte do cólon, é comum sofrer efeitos temporários como diarreia, náuseas, constipação e cansaço. Aos poucos, a pessoa se sentirá confortável e segura para andar, subir escadas, erguer peso, tomar banho sozinha, fazer sexo, dirigir e voltar ao trabalho. Tudo ao seu tempo. É indispensável respeitar os limites do corpo.

Para melhorar o processo de recuperação, é necessário adotar medidas nutricionais, como dieta líquida nos primeiros dias e, gradualmente, passar para a alimentação pastosa e sólida, conforme as orientações médicas. A alta hospitalar deve ocorrer entre 3 e 7 dias, mas a dieta deve continuar em casa e o repouso parcial, também.

CAPÍTULO 3: OS PROCEDIMENTOS DE COLECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS

Este capítulo trata de uma pesquisa documental realizada em um hospital público do município de Teresina – PI, extraído através de prontuários de pacientes nos últimos dez anos. Está organizado em dois itens para melhor compreensão dos resultados obtidos.

3.1 Perfil Clínico-Epidemiológico dos Sujeitos da Pesquisa

Para análise sobre o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes participantes desta pesquisa, utilizou-se como critérios avaliativos a categoria de sexo e faixa etária, tendo sido quantificado as frequências absolutas (Nº) e relativas (%), com desvio padrão igual a 1.

Dos 400 pacientes participantes desta pesquisa, foi observado que a faixa etária variou de 0 a mais de 60 anos, havendo predomínio da faixa compreendida entre 60 a mais anos e o sexo masculino (Tabela 01).

Tabela 01 - Perfil demográfico dos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.

Perfil		Nº	%
Sexo	Masc.	244	61
	Fem.	156	39
	Total	400	100
Faixa etária	0 a 9	8	2
	10 a 19	20	5
	20 a 40	100	25
	41 a 59	111	27,75
	60 ou +	161	40,25
	Total	400	100

Fonte: Prontuários HUT, Teresina (PI).

Em estudo publicado pela Revista Brasileira de Coloproctologia em 2001, onde foi analisado retrospectivamente 25 colectomias totais realizadas no Hospital Professor Edmundo

Vasconcelos no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1999, foi verificado que dos 25 doentes estudados, 14 eram homens (56%) e 11 eram mulheres (44%), com média de idade de 57,44 anos (variando de 17 a 84 anos), o que corroborou com os resultados desta pesquisa.

3.2 Indicações, Tipos e Complicações Cirúrgicas

A colectomia consiste no procedimento cirúrgico de ressecção e remoção de todo ou parte do cólon, sendo indicada por diversas razões que possam comprometer este órgão. Nesta pesquisa foram avaliadas em quatrocentos (400) pacientes e suas situações de indicações para este tipo de procedimento cirúrgico, tendo sido encontradas trinta e quatro (34) situações que indicavam esta cirurgia, sendo as mais frequentes: obstruções do intestino, traumatismo do cólon, as não especificadas, transtornos vasculares agudos do intestino, doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso (Tabela 02).

Tabela 02 - Indicações da Colectomia, por sexo, nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.

Perfil		Sexo					
		Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicações cirúrgicas	Aderências intestinais (bridas) com obstrução	6	2,46	3	1,92	9	2,25
	Doença diverticular concomitante dos intestinos delgado e grosso com perfuração e abscesso	1	0,41	-	-	1	0,25
	Doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso	13	5,33	12	7,69	25	6,25
	Doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso	1	0,41	-	-	1	0,25
	Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso	1	0,41	1	0,64	2	0,5

Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso	-	-	1	0,64	1	0,25
Enterocolite ulcerativa (crônica)	-	-	6	3,85	6	1,5
Íleo biliar	-	-	2	1,28	2	0,5
Intussuscepção	10	4,1	4	2,56	14	3,5
Megacólon não classificado em outra parte	4	1,64	6	3,85	10	2,5
Não Registrado	5	2,05	3	1,92	8	2
Neoplasia benigna do cólon ascendente	-	-	1	0,64	1	0,25
Neoplasia benigna do cólon descendente	1	0,41	-	-	1	0,25
Neoplasia benigna do cólon sigmóide	-	-	1	0,64	1	0,25
Neoplasia benigna do cólon, não especificada	3	1,23	2	1,28	5	1,25
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outros órgãos digestivos	3	1,23	-	-	3	0,75
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos cólons	4	1,64	2	1,28	6	1,5
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)	-	-	1	0,64	1	0,25
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)	2	0,82	1	0,64	3	0,75
Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)	2	0,82	1	0,64	3	0,75
Neoplasia maligna do ceco	7	2,87	5	3,21	12	3
Neoplasia maligna do cólon ascendente	1	0,41	3	1,92	4	1
Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva	2	0,82	1	0,64	3	0,75
Neoplasia maligna do cólon descendente	3	1,23	-	-	3	0,75

Neoplasia maligna do cólon sigmóide	2	0,82	3	1,92	5	1,25
Neoplasia maligna do cólon transverso	1	0,41	2	1,28	3	0,75
Neoplasia maligna do reto	3	1,23	-	-	3	0,75
Outras formas de obstrução intestinal, e as não especificadas	25	10,25	11	7,05	36	9
Outras obstruções do intestino	72	29,51	57	36,54	129	32,25
Transtornos vasculares agudos do intestino	25	10,25	18	11,54	43	10,75
Transtornos Vasculares do Intestino	-	-	1	0,64	1	0,25
Traumatismo do cólon	38	15,57	4	2,56	42	10,5
Volvo	1	0,41	-	-	1	0,25
Volvo	8	3,28	4	2,56	12	3
Total	244	100	156	100	400	100

Fonte: Prontuários HUT, Teresina (PI)

Nas indicações cirúrgicas de colectomias por sexo, as mais prevalentes no sexo masculino foram: obstruções intestinais (29,51%) e traumatismo de cólon (15,57%), seguidas de outras obstruções intestinais não especificadas e transtornos vasculares agudos do intestino, ambas com 10,25%.

Já nas mulheres, o traumatismo de colon representou apenas um total de 2,6% das indicações cirúrgicas, pois este gênero se expõe com menor frequência, quando comparadas aos homens, à situações que constituem fatores de risco para traumas, como atividades motociclísticas e atividades laborais que sujeitam mais o indivíduo aos acidentes. No gênero feminino, as principais indicações cirúrgicas foram: obstruções intestinais (36,54%), transtornos vasculares agudos do intestino (11,54%) e doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso (7,69%).

Em um estudo mais antigo publicado pela Revista Brasileira de Coloproctologia em 1984, que fez uma análise funcional das colectomias totais com anastomose ileorretal realizadas em vinte e cinco pacientes por diversas causas, observou que as principais indicações cirúrgicas foram a polipose familiar (28%), retocolite ulcerativa (28%), doença diverticular (16%), doença de crhon (12%), tumores síncronos (12%) e dolico cólon (4%).

Em outro estudo, publicado pela mesma revista em 2001, foram analisados retrospectivamente 25 colectomias totais realizadas no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1999, verificando-se alguns parâmetros, como indicação cirúrgica, realização ou não de anastomose ileorretal, complicações, mortalidade e tempo médio de internação destes pacientes e correlacionando-se estes parâmetros com a indicação eletiva ou de urgência desta cirurgia. Destes, 12 doentes foram operados em caso de urgência, tendo como indicação mais frequente a hemorragia digestiva baixa consequente a doença diverticular difusa do cólon (58,33%), seguida de abdome agudo obstrutivo por neoplasia colorretal e por retocolite ulcerativa em 16,66% dos casos. Dos 13 pacientes operados eletivamente, a indicação mais frequente foi a não resposta ao tratamento clínico nos portadores de retocolite ulcerativa (46,15%). Na maioria dos doentes (56%) realizou-se anastomose íleo-retal.

Quando analisada as indicações desta cirurgia com relação a faixa etária, diversas indicações foram observadas, algumas repetindo-se nas diferentes faixas etárias (Tabela 03).

Tabela 03 - Indicações da Colectomia, por faixa etária, nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.

Perfil		Faixa etária											
		0 a 9		10 a 19		20 a 40		41 a 59		60 ou +		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicações cirúrgicas	Aderências intestinais (bridas) com obstrução	-	-	-	-	-	-	4	3,6	5	3,11	9	2,25
	Doença diverticular concomitante dos intestinos delgado e grosso com perfuração e abscesso	-	-	-	-	-	-	1	0,9	-	-	1	0,25
	Doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso	-	-	-	-	5	5	10	9,01	10	6,21	25	6,25

Doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso	-	-	-	-	-	-	1	0,9	-	-	1	0,25
Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso	-	-	-	-	-	-	1	0,9	1	0,62	2	0,5
Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,62	1	0,25
Enterocolite ulcerativa (crônica)	-	-	2	10	-	-	-	-	4	2,48	6	1,5
Íleo biliar	-	-	-	-	-	-	1	0,9	1	0,62	2	0,5
Intussuscepção	7	87,5	-	-	1	1	1	0,9	5	3,11	14	3,5
Megacólon não classificado em outra parte	-	-	1	5	2	2	5	4,5	2	1,24	10	2,5
NÃO REGISTRADO	-	-	3	15	2	2	1	0,9	2	1,24	8	2
Neoplasia benigna do cólon ascendente	-	-	-	-	-	-	1	0,9	-	-	1	0,25
Neoplasia benigna do cólon descendente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,62	1	0,25
Neoplasia benigna do cólon sigmóide	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	0,25

Neoplasia benigna do cólon, não especificada	-	-	-	-	1	1	2	1,8	2	1,24	5	1,25
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outros órgãos digestivos	-	-	-	-	1	1	1	0,9	1	0,62	3	0,75
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos cólons	1	12,5	1	5	-	-	-	-	4	2,48	6	1,5
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	0,25
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)	-	-	-	-	1	1	-	-	2	1,24	3	0,75
Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)	-	-	-	-	1	1	1	0,9	1	0,62	3	0,75
Neoplasia maligna do ceco	-	-	-	-	2	2	5	4,5	5	3,11	12	3
Neoplasia maligna do cólon ascendente	-	-	-	-	-	-	2	1,8	2	1,24	4	1
Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,86	3	0,75
Neoplasia maligna do cólon descendente	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,86	3	0,75

Neoplasia maligna do cólon sigmóide	-	-	-	-	-	-	1	0,9	4	2,48	5	1,25
Neoplasia maligna do cólon transverso	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,86	3	0,75
Neoplasia maligna do reto	-	-	-	-	-	-	1	0,9	2	1,24	3	0,75
Outras formas de obstrução intestinal, e as não especificadas	-	-	2	10	9	9	9	8,11	16	9,94	36	9
Outras obstruções do intestino	-	-	6	30	36	36	42	37,84	45	27,95	129	32,25
Transtornos vasculares agudos do intestino	-	-	-	-	12	12	10	9,01	21	13,04	43	10,75
Transtornos Vasculares Do Intestino	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,62	1	0,25
Traumatismo do cólon	-	-	4	20	22	22	9	8,11	7	4,35	42	10,5
volvo	-	-	-	-	-	-	1	0,9	-	-	1	0,25
Volvo	-	-	1	5	3	3	1	0,9	7	4,35	12	3
Total	8	100	20	100	100	100	111	100	161	100	400	100

Fonte: Prontuários HUT, Teresina (PI).

Nas indicações cirúrgicas de colectomias por faixa etária, a mais prevalente foi intussuscepção (87,5%), atingindo a faixa etária de 0 a 9 anos. Pacientes na faixa etária entre 41 e 59 anos, prevaleceram as indicações cirúrgicas: outras obstruções do intestino (37,84%), transtornos vasculares do intestino e doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso ambas (9,01%), traumatismo do cólon e outras formas de obstrução intestinal, e as não especificadas ambas (8,11%), megacólon não classificado em outra parte e neoplasica maligna do ceco com (4,5%), neoplasia maligna do cólon ancesdente e neoplasia benigna do cólon, não especificada ambas (1,8%).

De acordo com a faixa etária as indicações menos frequentes estão relacionadas a faixa

etária de 0 a 19 anos, no qual so houveram indicações cirurgicas: por intussuscepção (87%), neoplasia de coportamento incerto ou desconhecido dos colons (12,5%), enterolocite ulcerativa cronica (10%), não registradas (15%).

Em pesquisa publicada publicado pela Revista Brasileira de Coloproctologia em 2001, duas pacientes foram submetidas à colectomia total, uma à coletomia subtotal e outra à colectomia segmentar. Todos os pacientes eram do sexo feminino, com mais de 30 anos de idade e apresentavam uma evolução do quadro há vários anos sem melhora do ponto de vista clínico e funcional. Tal estudo obteve os seguintes resultados: a paciente 1 se submeteu à colectomia subtotal com anastomose íleo-sigmóide (CST) e as pacientes 2 e 3 foram submetidas à colectomia total (CT) com anastomose íleo retal. As pacientes 1 e 2, após a cirurgia, passaram a evacuar uma vez ao dia, enquanto a 3 apresentava de 6 a 10 evacuações diárias. Já a paciente 4, na qual realizou-se a colectomia segmentar, continuou constipada. Todas apresentaram melhora da queixa de dor abdominal.

Cada indicação da Colectomia incide em evoluções diferenciadas, que podem levar a óbito ou a alta do paciente. Neste estudo foram analisadas para cada indicação da cirurgia a evolução do paciente sendo registrado 71 óbitos (17,72 %), 260 altas (65%) e 69 casos sem registro no prontuário (17,25%) (tabela 04).

Tabela 04 - Evolução por tipo Indicação da Colectomia, nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.

Perfil		Evolução							
		óbito		alta		sem registro		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Aderências intestinais (bridas) com obstrução	3	33,33	4	44,44	2	22,22	9	100
Indicações cirúrgicas	Doença diverticular concomitante dos intestinos delgado e grosso com perfuração e abscesso	-	-	1	100	-	-	1	100

Doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso	5	20	16	64	4	16	25	100
Doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso	-	-	1	100	-	-	1	100
Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso	-	-	2	100	-	-	2	100
Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso	1	100	-	-	-	-	1	100
Enterocolite ulcerativa (crônica)	2	33,33	4	66,67	-	-	6	100
Íleo biliar	-	-	2	100	-	-	2	100
Intussuscepção	1	7,14	11	78,57	2	14,29	14	100
Megacólon não classificado em outra parte	2	20	5	50	3	30	10	100
NÃO REGISTRADO	3	37,5	4	50	1	12,5	8	100
Neoplasia benigna do cólon ascendente	-	-	1	100	-	-	1	100

Neoplasia benigna do cólon descendente	-	-	-	-	1	100	1	100
Neoplasia benigna do cólon sigmóide	-	-	1	100	-	-	1	100
Neoplasia benigna do cólon, não especificada	-	-	5	100	-	-	5	100
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outros órgãos digestivos	-	-	3	100	-	-	3	100
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos cólores	1	16,67	3	50	2	33,33	6	100
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)	-	-	1	100	-	-	1	100
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)	-	-	1	33,33	2	66,67	3	100
Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)	-	-	3	100	-	-	3	100
Neoplasia maligna do ceco	-	-	10	83,33	2	16,67	12	100
Neoplasia maligna do cólon ascendente	-	-	4	100	-	-	4	100

Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3	100
Neoplasia maligna do cólon descendente	1	33,33	1	33,33	1	33,33	3	100
Neoplasia maligna do cólon sigmóide	3	60	2	40	-	-	5	100
Neoplasia maligna do cólon transverso	-	-	3	100	-	-	3	100
Neoplasia maligna do reto	1	33,33	2	66,67	-	-	3	100
Outras formas de obstrução intestinal, e as não especificadas	6	16,67	22	61,11	8	22,22	36	100
Outras obstruções do intestino	23	17,83	88	68,22	18	13,95	129	100
Transtornos vasculares agudos do intestino	10	23,26	27	62,79	6	13,95	43	100
TRANSTORNOS VASCULARES DO INTESTINO	-	-	-	-	1	100	1	100
Traumatismo do cólon	6	14,29	21	50	15	35,71	42	100
volvo	-	-	1	100	-	-	1	100
Volvo	2	16,67	10	83,33	-	-	12	100
Total	71	17,75	260	65	69	17,25	400	100

Fonte: Prontuários HUT, Teresina (PI)

Nas indicações cirúrgicas de colectomias o número de altas hospitalares chegou a ser superiores ao número de óbitos. No qual foram registrados o maior índice de altas nas indicações cirúrgicas: doença diverticular concomitante dos intestinos delgado e grosso com

perfuração e abscesso, doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso, doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso, neoplasia benigna do cólon sigmoide, neoplasia benigna do cólon, não especificada, neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outros órgãos digestivos, neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepático, neoplasia benigna do apêndice (vermiforme), neoplasia maligna do colon transverso e volvo, todos apresentando 100% no seu índice de altas hospitalares.

Algumas indicações cirúrgicas também tiveram bons resultados, porém apesar dos índices de alta hospitalares serem altos, apresentaram valores considerados acima da média para óbitos em algumas indicações cirúrgicas, significando que também houveram complicações cirúrgicas em muitos dos casos, mas que não foram registradas: aderências intestinais (bridas) com obstrução (44,44% alta/ 33,33% óbito), doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso (64% alta/ 16% óbito), enterocolite ulcerativa (crônica) e neoplasia maligna do reto, ambas (66,67% alta/ 33,33% óbito), intussuscepção (78,57% alta/ 7,14% óbito), neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos cólons (50% alta/ 16,67% óbito), neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva e neoplasia maligna do colon descendente, ambas (33,33% alta/ 33,33% óbito), outras obstruções do intestino (68,22% alta/ 17,83% óbito), transtornos vasculares agudos do intestino (62,79% alta/ 23,26% óbito), volvo (83,33% alta/ 16,67% óbito), traumatismo do colon (50% alta/ 14,29% óbito), não registrada (50% alta/ 37,5% óbito).

Em estudo publicado pela Revista Brasileira de Coloproctologia em 2001, foram analisados retrospectivamente 25 colectomias totais realizadas no Hospital Professor Edmundo Vasconcelos no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1999. Ocorreram complicações pós-operatórias em 10 doentes (40%) e a mortalidade deste estudo foi de 12% (3 doentes). O tempo médio de internação pós-operatória foi de 10,28 dias. Neste caso, a colectomia foi uma cirurgia com morbidade considerável, principalmente se realizada em caráter de urgência, quando ocorreram 70% das complicações deste estudo citado.

Há de se destacar que existem dois tipos básicos de Colectomia: a Parcial e a Total. Neste estudo foram analisadas para cada indicação da cirurgia o tipo de colectomia realizado, sendo predominante a do tipo parcial em comparação com a do tipo total (tabela 05).

Tabela 05 - Tipo de Colectomia por tipo de Indicação nos pacientes amostrados em um hospital público de Teresina – PI no período de janeiro 2009 à janeiro 2019.

Perfil		Tipo de colectomia					
		Parcial		Total		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Indicações cirúrgicas	Aderências intestinais (bridas) com obstrução	9	100	-	-	9	100
	Doença diverticular concomitante dos intestinos delgado e grosso com perfuração e abscesso	1	100	-	-	1	100
	Doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso	25	100	-	-	25	100
	Doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso	1	100	-	-	1	100
	Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso	2	100	-	-	2	100
	Doença diverticular do intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso	1	100	-	-	1	100

Enterocolite ulcerativa (crônica)	-	-		6	100	6	100
Íleo biliar	2	100	-	-		2	100
Intussuscepção	14	100	-	-		14	100
Megacólon não classificado em outra parte	3	30		7	70	10	100
NÃO REGISTRADO	7	87,5		1	12,5	8	100
Neoplasia benigna do cólon ascendente	1	100	-	-		1	100
Neoplasia benigna do cólon descendente	1	100	-	-		1	100
Neoplasia benigna do cólon sigmóide	1	100	-	-		1	100
Neoplasia benigna do cólon, não especificada	3	60		2	40	5	100
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outros órgãos digestivos	3	100	-	-		3	100
Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos cólons	6	100	-	-		6	100
Neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o)	1	100	-	-		1	100

Neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o)	3	100	-	-	3	100
Neoplasia maligna do apêndice (vermiforme)	3	100	-	-	3	100
Neoplasia maligna do ceco	9	75	3	25	12	100
Neoplasia maligna do cólon ascendente	4	100	-	-	4	100
Neoplasia maligna do cólon com lesão invasiva	1	33,33	2	66,67	3	100
Neoplasia maligna do cólon descendente	2	66,67	1	33,33	3	100
Neoplasia maligna do cólon sigmóide	1	20	4	80	5	100
Neoplasia maligna do cólon transverso	3	100	-	-	3	100
Neoplasia maligna do reto	3	100	-	-	3	100
Outras formas de obstrução intestinal, e as não especificadas	36	100	-	-	36	100
Outras obstruções do intestino	129	100	-	-	129	100
Transtornos vasculares agudos do intestino	20	46,51	23	53,49	43	100
Transtornos Vasculares Do Intestino	-	-	1	100	1	100

Traumatismo do cólon	42	100	-	-	42	100
volvô	1	100	-	-	1	100
Volvô	12	100	-	-	12	100
Total	350	87,5	50	12,5	400	100

Fonte: Prontuários HU, Teresina (PI)

Foi observado que, dos 400 casos colhidos, 350 (87,5%) foram submetidos à colectomia parcial e 50 (12,5%) à colectomia total. Dentre as indicações cirúrgicas colhidas, todas as seguintes foram submetidas à colectomia parcial: aderências intestinais (bridas) com obstrução, doença diverticular concomitante dos intestinos delgado e grosso com perfuração e abscesso, doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso, doença diverticular do intestino grosso sem perfuração ou abscesso, doença diverticular do intestino, de localização não especificada, com perfuração e abscesso, doença diverticular do intestino, de localização não especificada, sem perfuração ou abscesso, íleo biliar, intussuscepção, neoplasia benigna do cólon ascendente, neoplasia benigna do cólon descendente, neoplasia benigna do cólon sigmóide, neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido de outros órgãos digestivos, neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos cólons, neoplasia maligna da flexura (ângulo) esplênica(o), neoplasia maligna da flexura (ângulo) hepática(o), neoplasia maligna do apêndice (vermiforme), neoplasia maligna do cólon ascendente, neoplasia maligna do cólon transverso, neoplasia maligna do reto, outras formas de obstrução intestinal, e as não especificadas, outras obstruções do intestino, traumatismo do cólon e volvô.

Além disso, as indicações mais prevalentes de colectomia parcial foram: obstruções intestinais, traumatismo de colon, outras formas de obstrução intestinal não especificada e doença diverticular do intestino grosso com perfuração e abscesso.

Em se tratando de colectomias totais, as principais indicações cirúrgicas foram transtornos vasculares agudos do intestino, megacolon não classificado, enterocolite ulcerativa crônica e neoplasia maligna do colon sigmóide.

Em algumas situações, o paciente poderá ter uma escolha entre os tipos de colectomia. Faz-se necessário uma ampla discussão com o médico sobre os benefícios de cada um, enfatizando as indicações necessárias, e assim ser efetivada a tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de algumas vantagens associadas ao procedimento cirúrgico da colectomia parecerem especulativas, esta cirurgia representa um procedimento reproduzível. Porém, o profissional que conduz o procedimento deve possuir habilidades laparoscópicas adequadas. Devido à indicação dessa abordagem ser seletiva, é necessária sua padronização técnica e futuros ensaios clínicos devem ser incentivados.

O tratamento cirúrgico é uma alternativa somente nos casos crônicos não responsivos e incapacitantes, em pacientes submetidos a uma evolução fisiológica e investigação clínica completa, em que se tenha confirmado e documentado o quadro de inércia colônica. As opções cirúrgicas para a inércia colônica são a colectomia segmentar (parcial) com anastomose íleo-segmóidea ou ceco-retal e a colectomia total com íleo-reto anastomose. Vale ressaltar que a ressecção total, mais radical, é a que obtém maior índice de sucesso e, portanto, a mais indicada. Além disso, nesses casos, preservando o ceco e o reto, os resultados são menos satisfatórios.

É previsível que o paciente deste procedimento cirúrgico passe um tempo no hospital após a colectomia para permitir que seu sistema digestivo se cure, com acompanhamento da equipe médica para identificação de sinais de complicações da cirurgia. Os principais motivos para a demora de reconstrução intestinal relatados foram as complicações pós cirúrgicas e dificuldade de acesso a exames, consultas e vaga de cirurgia. A idade foi um fator que influenciou, de forma significativa, tanto na patologia como no motivo de demora para reconstrução.

Acredita-se que campanhas preventivas e educativas sobre os fatores de risco, prevenção, sinais e sintomas e detecção precoce para neoplasias do colón, similares as já realizadas para câncer de mama e próstata poderia reduzir o número absoluto de casos e de cirurgias de urgência ou não.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANHA, G. V., et al. **Factors influencing bowel function following total abdominal colectomy**. Dis Colon Rectum 1996;39:1418-1422.

BACELLAR M. S., et al. Colectomia Total: Indicações e Complicações. **Rev Bras Coloproctol 2001; 21(2): 84-87.**

BELL S. W., et al. Anastomotic leakage after curative anterior resection results in a higher prevalence of local recurrence. Br J Surg 2003;90(10):1261-8.

CESAR, M. A. P. et al . Colectomias no tratamento cirúrgico da constipação intestinal crônica: report of four cases relato de quatro casos. **Rev bras. colo-proctol.**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 2, p. 241-245, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802008000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2018

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

CUTAIT, D. E. **Tratamento do megassigma pela retossigmoidectomia**. 1953. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1953.

GOFFI, F. S. **Técnica cirúrgica – bases anatômicas, fisiopatológicas e técnicas de cirurgia**. Ed. Atheneu. 2004

LAKATOS, E, M.; MARCONI, M, A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LARACH, S. G. **Colectomía total en el tratamiento de la constipación**. Em: Reis Neto JA. Coloproctologia Atual [citado 2006 Agosto 10]. Disponível em: URL:http://www.proctosite.com/library/books/livro_reis_novo/cap16.pdf

OTTINGER, L. W. **Frequency of bowel movements after colectomy with ileorectal anastomosis**. Arch Surg 1978;113:1048-9.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 2003.

RAFFERTY J, et al. Standards Committee of American Society of Colon and Rectal Surgeons. **Practice parameters for sigmoid diverticulitis**. Dis Colon Rectum. 2006 Jul;49(7):939-44.

REIS NETO, J. A. Et al. Anastomose colorretal baixa: técnica de Mandache modificada. **Rev bras Coloproct**, 2002;23(4):278-283

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSENTAL, C.; FRÉMONTIER-MURPHY, C. **Introdução aos métodos quantitativos em ciências humanas e sociais**. Porto Alegre: Instituto Piaget, 2001.

SILVA, J. H. da et al . **Tratamento cirúrgico do megacólon chagásico: retocolectomia abdominal com anastomose colorretal mecânica término- lateral.** Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 26, n. 5, p. 285-289, Oct. 1999 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69911999000500006&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Dec. 2018.

SOUZA F. J., et al – Análise funcional das colectomias totais com anastomose ileorretal. Estudo de 25 pacientes. **Rev Bras Colo-Procto, 4(3): 134 – 137, 1984.**

WALSH, R. M., ARANHA, G. V., FREEARK, R. J. **Mortality and quality of life after total abdominal colectomy.** Arch Surg 1990;125:1564-66.

TERRY, B. G, BEART, R. W. **Emergency abdominal colectomy with primary anastomosis.** Dis Colon Rectum. 1981; 24: 1-4.

WALKER K. G., et al. Anastomotic Leakage is predictive of diminished survival after potentially curative resection for colorectal cancer. Ann Surg 2004;240(2):255-9.

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- 1) Número de Registro da Coleta: _____
- 2) Sexo:
 - 1) M()
 - 2) F()
 - 3) Outros()
 - 4) Não Registrado ()
- 3) Idade: () anos
- 4) Indicação (ões) cirúrgica (s): _____
- 5) Realização de Anastomose Ileorretal:
 - 1) Sim()
 - 2) Não()
 - 3) Não Registrado ()
- 6) Complicações Cirúrgicas:
 - 1) Sim() Quais: _____
 - 2) Não()
 - 3) Não Registrado ()
- 7) Paciente evoluiu para óbito:
 - 1) Sim()
 - 2) Não()
 - 3) Não Registrado ()
- 8) Tipo de Colectomia:
 - 1) Parcial ()
 - 2) Total ()
 - 3) Não Registrado ()

APÊNDICE 2 - DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Teresina, 14 de Maio de 2019.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI

Nós **WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO**, pesquisador responsável e **ARTUR CLÍMACO DA SILVA FILHO** e **ANDREA LUIZA ALVES DE FREITAS**, pesquisadores participantes da pesquisa intitulada “**ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS E SOBREVIVÊNCIA DAS COLECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS.**”, declaramos que:

Assumimos o compromisso de cumprir os Termos da **Resolução nº 466/12**, do CNS.

Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade de **WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO** da área de **MEDICINA** do **CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI**, que também será responsável pelo descarte dos materiais e dados, caso os mesmos não sejam estocados ao final da pesquisa.

Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;

Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;

O CEP/ UNINOVAFAPI será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório circunstanciado apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;

O CEP/ UNINOVAFAPI será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com o participante da pesquisa;

Esta pesquisa ainda não foi realizada.

Atenciosamente,



**Wellington Ribeiro
Figueiredo**

**CPF: 650.134.683-53
Pesquisador Responsável**

Artur Clímaco da Silva Filho

**Artur Clímaco da Silva
Filho**

CPF: 060.914.103.18

Pesquisador Participante

Andrea Luiza Alves de Freitas

**Andrea Luiza Alves
de Freitas**

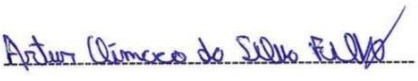
CPF: 039.647.693-71

Pesquisador Participante

APÊNDICE 3 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS – TCUD

Teresina, 14 de Maio de 2019.

Nós, **WELLINGTON RIBEIRO FIGUEIREDO** (pesquisador responsável), **ARTUR CLÍMACO DA SILVA FILHO** e **ANDREA LUIZA ALVES DE FREITAS** (pesquisadores participantes), abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto de título: “ **ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS E SOBREVIVÊNCIA DAS COLECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS**”, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos (prontuários) de pacientes, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução CNS nº 466/2012 do Ministério da Saúde. Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito às indicações e complicações das colectomias totais e parciais ocorridas entre as datas de: 1º de janeiro de 2009 e 1º de janeiro de 2019.

Nome	R.G.	Assinatura
Wellington Ribeiro Figueiredo	1653692	
Artur Clímaco da Silva Filho	3545896	
Andrea Luiza Alves de Freitas	2977946	

OBS: TODOS OS PESQUISADORES QUE TERÃO ACESSO AOS DOCUMENTOS DO ARQUIVO DEVERÃO TER O SEU NOME e R.G. INFORMADO E TAMBÉM DEVERÃO ASSINAR ESTE TERMO. SERÁ VEDADO O ACESSO AOS DOCUMENTOS A PESSOAS CUJO NOME E ASSINATURA NÃO CONSTAREM NESTE DOCUMENTO.

APÊNDICE 4 - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Coordenador(a) CEP Do Centro Universitário Uninovafapi,

O Projeto de Pesquisa “Análise Crítica Dos Resultados E Sobrevida Das Colectomias Realizadas No Hospital De Urgência De Teresina Em 10 Anos” trata-se de um estudo retrospectivo de caráter quantitativo que visa coletar os dados socioepidemiológicos e clínicos, oriundos de prontuários de pacientes submetidos a colectomias totais e parciais para posterior análise e publicações. O resultado da pesquisa poderá ser utilizado para quantificar em qual gênero e faixa etária tal procedimento cirúrgico é mais frequente, quantificar as principais indicações para essa abordagem terapêutica, além de beneficiar o aprimoramento do manejo clínico e cirúrgico com consequente diminuição da morbidade e mortalidade dos pacientes submetidos à colectomia.

Solicitamos a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “Análise da Sobrevida das Colectomias realizadas no Hospital de Urgência de Teresina nos últimos 10 anos.”, com as seguintes justificativas:

1) Os riscos para os pacientes apenas existem em relação ao divulgação público dos dados associados com a identificação dos mesmos, podendo levar ao constrangimento social. No entanto, não serão coletados nomes ou quaisquer outros dados que possam identificar os indivíduos que participarão da pesquisa.

2) A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas pelo número de registro da coleta que servem apenas para validar a individualidade da informação.

3) A pesquisa apresenta risco mínimo aos pacientes que participarão dela uma vez que se trata de um estudo retrospectivo de análise de prontuários. Reitera-se que não serão coletados nomes ou quaisquer outros dados que possam identificar os indivíduos que participarão da pesquisa. Estará garantido o sigilo de acordo com o disposto na resolução 466/12 – versão 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4) A impossibilidade de localizar diretamente os pacientes aos quais esses documentos pertencem por que: por serem levantamentos decenais, vários pacientes não tem endereço atualizado para serem localizados, principalmente por serem pacientes que foram atendidos há muito tempo há difícil localização de familiares, pois os mesmos não frequentam regularmente o hospital e os consultórios do Hospital de Urgência de Teresina. Em muitos casos, os pacientes já vieram a óbito;

5) Trata-se de um levantamento retrospectivo de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente.

Vimos pelo presente solicitar deste CEP a dispensa do uso do TCLE(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Declaro:

a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito de acordo com as normas do Comitê de Ética do HUT (Hospital de Urgência de Teresina), pois o projeto já foi aprovado pelo mesmo;

b) O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;

c) Assegurar o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização.

d) Assegurar a não utilização as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômicofinanceiro;

e) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para confidencialidades dos dados de pesquisa;

f) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;

g) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado; Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os sujeitos, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Atenciosamente,

Handwritten signature of Wellington Ribeiro Figueiredo in blue ink, written over a horizontal dashed line.

Wellington Ribeiro Figueiredo – RG: 1653692

Pesquisador Responsável

Handwritten signature of Artur Clímaco da Silva Filho in blue ink, written over a horizontal dashed line.

Artur Clímaco da Silva Filho – RG: 3545896

Pesquisador Participante

Handwritten signature of Andrea Luiza Alves de Freitas in blue ink, written over a horizontal dashed line.

Andrea Luiza Alves de Freitas – RG:

2977946 Pesquisador Participante

TERESINA- PI 15 de Maio de 2019.

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA - HUT



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Teresina, 02 de julho de 2019

Conforme carta de anuência emitida pela Gerência de Avaliação e Monitoramento da Fundação Municipal de Saúde (FMS), a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgência de Teresina – CEP/HUT autoriza os pesquisadores Artur Clímaco da Silva Filho e Andrea Luiza Alves de Freitas, sob a supervisão do orientador Drº Wellington Ribeiro Figueiredo, responsável pelo projeto intitulado **“ANÁLISE CRÍTICA DOS RESULTADOS E SOBREVIVÊNCIA DAS COLECTOMIAS REALIZADAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA EM 10 ANOS”** a iniciar a pesquisa para coleta de dados neste hospital, pois o trabalho atende aos pré-requisitos estabelecidos no regimento, sendo assim, aprovado. Declaro que o Hospital de Urgência de Teresina Professor Zenon Rocha - HUT está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do projeto e do compromisso no resguardo da segurança dos dados nela obtidos, dispondo de infraestrutura adequada para a realização desse projeto de pesquisa.

Atenciosamente,

Silvia Alcântara Vasconcelos

Silvia Alcântara Vasconcelos
Coordenadora do CEP
Hospital de Urgência de Teresina
Professor Zenon Rocha - HUT

Comissão de Ética em Pesquisa

Hospital de Urgência de Teresina – Dr. Zenon Rocha CEP – HUT



Rua Otto Tito, 1820. Bairro Redenção.
Teresina-PI CEP 64017-775
CNPJ 17.577.205/0008-03



86 3218 - 5199



cep_hut@yahoo.com.br

Scanned with CamScanner

