

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

MARIA CLARA MESQUITA LEITE
CAROLINA MARQUES VINHAL DE CARVALHO

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO PERFIL DOS PACIENTES COM OBSTRUÇÃO
INTESTINAL NO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (HRAN).

BRASÍLIA

2021

**MARIA CLARA MESQUITA LEITE
CAROLINA MARQUES VINHAL DE CARVALHO**

**ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO PERFIL DOS PACIENTES COM OBSTRUÇÃO
INTESTINAL NO HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (HRAN).**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Alberto Vilar Trindade.

BRASÍLIA

2021

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em meio a essa trajetória feita em um momento caótico da humanidade, encontrou sua forma de nos ajudar.

Ao Centro Universitário de Brasília, sobretudo à Faculdade de Medicina, que nos proporcionou essa rica oportunidade de entrar em contato com o mundo científico.

Ao nosso Professor Mestre Alberto Vilar Trindade, que nos guiou, apoiando e depositando sua confiança em nosso trabalho.

Aos profissionais de saúde do Hospital Regional da Asa Norte, que seguem lutando diariamente em benefício da cura de outrem, e sem os quais não seria possível a elaboração deste projeto.

A Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa, que nos ajudou em meio a todos os percalços que enfrentamos durante este projeto.

E por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma na construção deste estudo.

RESUMO

A obstrução intestinal ocorre quando o fluxo normal do trato é interrompido, podendo ocorrer desde o esôfago até o reto. A dor abdominal é um sintoma capital nos pacientes portadores de obstrução intestinal, que tem alta incidência entre as enfermidades cirúrgicas do abdome agudo não traumático em serviços de urgência. Os principais fatores de risco são a cirurgia abdominal ou pélvica prévia, hérnia inguinal ou abdominal e história ou risco aumentado para neoplasia. Hoje, suas principais causas são por aderências e neoplasias malignas. A obstrução intestinal pode ser tratada com um manejo conservador ou cirúrgico. A diversidade, individualidade e mudanças no ser humano tornam cada vez mais importantes os trabalhos com epidemiologia. Com isso, há de se estabelecer a importância de um estudo que compare o perfil de pacientes com obstrução intestinal, com desfechos de morbimortalidade. Dessa forma, objetiva-se analisar os casos de pacientes portadores de obstrução intestinal tratados cirurgicamente na Unidade de Cirurgia Geral (UCG) do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), comparando as causas, morbimortalidade, os métodos diagnósticos, técnica cirúrgica empregada e as complicações da obstrução intestinal presentes nesta casuística. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo série de casos a partir de uma análise retrospectiva do prontuário eletrônico (Sistema Trackcare) dos pacientes com obstrução intestinal tratados cirurgicamente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no ano de 2017 e 2018. As variáveis observadas foram: idade, sexo, ocupação, etnia, quadro clínico, exames diagnósticos, causa da obstrução intestinal, local da obstrução intestinal, comorbidades e complicações. Foram incluídos pacientes diagnosticados e tratados cirurgicamente por obstrução intestinal no HRAN, de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Foram excluídos os pacientes tratados de forma conservadora. Foram analisados 30 pacientes, dos quais a faixa etária média foi de $54,7 \pm 16,9$, sendo a maioria do sexo feminino. A maioria dos participantes foi diagnosticada por TC e submetida a laparotomia. Todos os pacientes apresentaram dor abdominal e parada de flatos e fezes como manifestação clínica. As duas maiores etiologias foram neoplasia maligna e aderências, sendo o cólon sigmóide o local mais acometido. As complicações mais apresentadas foram deiscência de aponeurose e IRA pré-renal. A taxa de mortalidade foi de 20%, sendo o choque séptico de foco abdominal o

maior fator de morbimortalidade. Por conseguinte, a obstrução intestinal continua sendo uma patologia cirúrgica com uma incidência importante dentre os abdômes agudos, mas vem apresentando uma mudança em suas principais etiologias. Sendo importante ressaltar a neoplasia maligna de sigmoide como uma delas. Com isso, deve-se estar atento quanto ao desenvolvimento deste tipo de abdome agudo em tais pacientes.

Palavras-chave: Obstrução Intestinal; Abdome Agudo; Epidemiologia;

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Local da Obstrução.....	19
------------------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexo do público analisado.....	17
Gráfico 2 – Etiologias.....	18
Gráfico 3 – Métodos Diagnósticos.....	20
Gráfico 4 – Desfechos Clínicos.....	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	15
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	24
APÊNCIDES.....	29
APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS.....	29
ANEXOS.....	31
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	31

1 INTRODUÇÃO

A obstrução intestinal ocorre quando o fluxo normal do trato intestinal é interrompido, podendo ocorrer desde o esôfago até o reto. Quando ocorre no esôfago, estômago ou duodeno a obstrução é menos urgente, sendo geralmente uma emergência médica quando ocorre no intestino baixo. A obstrução intestinal pode ser tratada com um manejo conservador ou cirúrgico, sendo este mais empregado em casos de complicações como necrose, perfuração e peritonite, ou quando o tratamento conservador falha após 48 horas de instituído (HULC et al, 2013).

Observando a fisiopatologia, na obstrução intestinal simples, há um bloqueio sem envolvimento vascular, no qual acumulam-se alimentos, gases e secreções antes do ponto da obstrução. Assim, o intestino proximal distende e o distal colapsa. Além disso, a alça distendida intensifica o peristaltismo e a os distúrbios secretórios, em um processo progressivo que pode tornar-se uma obstrução com estrangulamento. Nesse caso há diminuição do fluxo sanguíneo, sendo mais comum no intestino delgado, e podendo levar a infarto, necrose gangrenosa e perfuração em um período muito curto (ANSARI, 2014).

A dor abdominal é um sintoma capital nos pacientes portadores de obstrução intestinal que tem alta incidência entre as enfermidades cirúrgicas do abdome agudo não traumático em serviços de urgência. Tal afecção apresenta elevada morbidade e mortalidade por suas características patológicas e pelas comorbidades apresentadas pelos pacientes acometidos (VIDAL, 2005).

Houve uma mudança nas principais causas de obstruções intestinais, as quais costumavam ser por “hérnias encarceradas”, e hoje são por aderências e neoplasias malignas. (MOREIRA JR et al, 2007; TAYLOR, 2013). É importante realçar que as causas também variam em relação a etnia, geografia, realidade epidemiológica, idade e hábitos alimentares. (PINOTTI,1994).

As aderências intraperitoneais são ocorrências frequentes no pós-operatório de várias cirurgias do abdome e pelve, podendo levar a complicações como infertilidade, dor crônica e obstrução intestinal, as quais podem levar a novas cirurgias complicadas e com alto potencial de morbidade e mortalidade. (BASILIO, 2003).

A cirurgia bariátrica, por exemplo, pode levar a obstruções intestinais por aderências, hérnia interna, intussuscepção gástricas, havendo necessidade de outras intervenções cirúrgicas para tratamento destas complicações (LABRUNIE e MARCHIORI, 2007).

A incidência da obstrução intestinal está aumentando gradativamente, principalmente em países desenvolvidos, provavelmente pelo fato de haver maior acesso a atendimento médico, resultando em mais cirurgias e a médio e longo prazo, aumento do número de pacientes com obstruções por aderências intra-abdominais pós-cirúrgicas (MOREIRA JR et al, 2007).

A população brasileira vem envelhecendo e tal fato carrega consigo o aumento das chances de neoplasias. As neoplasias, especialmente em tumores malignos terminais, são grandes causas de obstrução intestinal, especialmente quando tem origens intestinal e ginecológica (ANTHONY et al, 2007). Entre esses tumores, se destacam os de cólon, estômago do tipo difuso, ovário e mamas, os quais ao serem responsáveis, direta ou indiretamente, por obstruções levam a uma piora do estado geral, além de um quadro de anorexia, náuseas, vômitos, cólicas e distensão abdominal (MOTA, 2017).

O manejo conservador é bem-sucedido em 40% a 70% de pacientes clinicamente estáveis, que possuem o diagnóstico de obstrução intestinal aguda e está associado a uma hospitalização inicial mais curta. (FEVANG, 2002). Porém, há uma taxa maior de recorrência em pacientes que são tratados dessa forma porque a causa da obstrução não é resolvida (aderências, por exemplo). (TEN BROEK, 2013). Dessa forma, a decisão de prosseguir com o tratamento conservador deve ser cuidadosamente determinada por profissionais experientes. (JACKSON, 2018).

O tratamento cirúrgico é recomendado quando a condição clínica dos pacientes se deteriora durante a hospitalização e na falha do tratamento conservador em três a cinco dias para os quais três a cinco dias, pois o risco de complicações aumenta conforme o tempo passa. (SCHRAUFNAGEL, 2013).

A diversidade, individualidade e mudanças do ser humano tornam cada vez mais importantes os trabalhos com epidemiologia. Por conseguinte, para melhor elucidação desta temática, o presente estudo tem por objetivo analisar os casos de pacientes portadores de obstrução intestinal tratados cirurgicamente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Bem como descrever e comparar causas e

os métodos diagnósticos da obstrução intestinal. Por fim, analisar comparativamente as complicações e os fatores de morbimortalidade presentes nesta casuística.

2 **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A obstrução intestinal é uma síndrome na qual o conteúdo do intestino, tanto delgado quanto grosso, não consegue progredir até o reto, impossibilitando sua eliminação do organismo. (ZATERKA, 2016).

A descrição dos pacientes que apresentam obstrução intestinal data do século III ou IV a.C., quando Praxágoras de Cós criou uma fístula enterocutânea para aliviar um caso de obstrução intestinal. Apesar desse sucesso com a terapia cirúrgica, o tratamento não cirúrgico desses pacientes com tentativas de redução de hérnias, laxativos, ingestão de metais (por exemplo, chumbo ou mercúrio) e sanguessugas para remover os agentes tóxicos do sangue era a conduta utilizada até o final do século XVIII, quando a antissepsia e as técnicas operatórias assépticas tornaram a intervenção cirúrgica mais segura e mais aceitável. (EVERS, 2005).

A obstrução pode ser funcional, secundária a uma fisiologia intestinal anormal, ou por uma obstrução mecânica do interior ou exterior do intestino. Esse bloqueio pode ser completo ou parcial, no intestino delgado ou no grosso, apresentar sofrimento vascular ou não, e ainda é possível encontrar obstrução em alça fechada, quando existem dois níveis de obstrução e o conteúdo entérico não pode prosseguir para nenhuma direção. (ZATERKA, 2016).

Quanto à etiologia, pode-se classificar as obstruções intestinais em dois tipos: obstrução mecânica e obstrução funcional. As obstruções mecânicas podem ser classificadas de acordo com a localização do processo oclusivo, em: intraluminal (como íleo biliar, enterólito, bezoar, *Ascaris lumbricoides*, íleo meconial, pólipos e corpos estranhos), da parede intestinal (traumas, neoplasias, endometriose, lesões actínicas, intussuscepção), lesões congênitas (atresias e estenoses), lesões inflamatórias (doença de Crohn, diverticulite) ou extraintestinal (bridas/aderências, hérnias internas e externas, abscessos intra-abdominais, volvos e neoplasias). (ZATERKA, 2016).

Os principais fatores de risco para obstrução intestinal são: cirurgia abdominal ou pélvica prévia, hérnia inguinal ou abdominal, doença inflamatória intestinal, história ou risco

aumentado para neoplasia, radioterapia prévia, história de ingestão de corpo estranho. (ZATERKA, 2016).

Na obstrução intestinal mecânica ocorre a distensão proximal da alça, resultante do acúmulo de secreções gastrointestinais e de gás, ao passo que a região distal ao bloqueio permanece com o calibre normal ou até diminuído. O ar deglutido e o gás proveniente da fermentação bacteriana podem acumular, aumentando a distensão da alça. Com a continuidade do processo, o intestino torna-se edematoso, a função de absorção normal é perdida e o fluido é sequestrado para dentro do lúmen da alça. Inicialmente, essa distensão estimula a peristalse reflexa abaixo do ponto de oclusão, a qual diminui progressivamente até a completa estagnação do movimento intestinal. (WRIGHT, 1971).

Conforme a distensão se torna mais grave, a pressão hidrostática interna aumenta até o ponto de comprimir ductos linfáticos e vênulas da mucosa, diminuindo a perfusão da parede intestinal. Quando a perfusão de um segmento de intestino é inadequada, ocorre isquemia, resultando em necrose e perfuração, a menos que o processo seja interrompido. Como há um quadro edematoso, ocorre perda de líquido para o terceiro espaço, gerando quadro de desidratação e hipovolemia. Se a obstrução é proximal, a desidratação pode estar acompanhada de hipocloremia, hipocalemia e alcalose metabólica secundários a vômitos contendo suco gástrico. (MARKOGIANNAKIS, 2007).

Com a evolução do processo, um quadro sistêmico instaura-se, podendo a desidratação prolongada evoluir com oligúria, azotemia, hemoconcentração e até choque hipovolêmico. O aumento da distensão abdominal eleva a pressão intra-abdominal, gerando dificuldade respiratória pela elevação do diafragma e reduzindo o retorno venoso das extremidades inferiores pela compressão da veia cava, potencializando os efeitos da hipovolemia. (ZATERKA, 2016).

Caso o processo não seja interrompido, a barreira intestinal contra translocação bacteriana intraluminal é quebrada, a isquemia progressiva gera necrose da alça, que evolui com perfuração e, por último, ocorre o evento devastador de peritonite e morte por sepse. A obstrução intestinal simples pode estar associada a aumento da translocação bacteriana para linfonodos mesentéricos mesmo em pacientes sem infecção intra-abdominal. (ZATERKA, 2016).

O sintoma cardinal é a dor abdominal em cólica, podendo variar com o local e a duração da obstrução (proximal ou distal) e com o grau da obstrução (parcial ou completa). A típica dor abdominal em cólica associada à obstrução intestinal de delgado é frequentemente descrita como periumbilical, ocorrendo em paroxismos de dor em intervalos de 4 a 5 minutos. A progressão para uma dor mais localizada e constante pode indicar irritação peritoneal secundária a complicações, como a necrose. Dor abdominal severa pode sugerir perfuração intestinal aguda. Náuseas e vômitos são mais comuns em quadros de obstrução mais alta (duodeno, jejuno proximal) e, muitas vezes, podem ser os únicos sintomas. Obstruções mais distais estão associadas a menor quantidade de vômitos e o sintoma inicial mais proeminente é dor abdominal em cólica. (EVERS, 2005).

Ao exame físico, o paciente com obstrução intestinal pode se apresentar com taquicardia e hipotensão, demonstrando importante desidratação. Febre sugere possibilidade de estrangulamento. O exame físico demonstra abdome distendido, com grau de distensão dependente do nível de obstrução. Cicatrizes cirúrgicas prévias devem ser observadas. A obstrução intestinal aguda é caracterizada por ruídos hidroaéreos de alta frequência, conhecidos como sons “metálicos”. Com a evolução da distensão intestinal, as alças tornam-se hipoativas e os ruídos intestinais diminuem progressivamente até completa parada do peristaltismo. (ZATERKA, 2016).

Para o diagnóstico é necessário uma avaliação laboratorial que inclui um hemograma completo, eletrólitos, glicemia, ureia, creatinina e nível de lactato sérico. (JACKSON, 2018). Nas fases iniciais, os achados laboratoriais podem ser normais. Com a progressão da doença, há hemoconcentração, leucocitose e distúrbios eletrolíticos que dependem do nível de obstrução e da desidratação. Amilase sérica, muitas vezes, encontra-se elevada. Leucocitose acentuada que não possa ser unicamente atribuída à hemoconcentração pode sugerir estrangulamento. (ZATERKA, 2016).

Os exames de imagem podem confirmar o diagnóstico e auxiliar na tomada de decisão para o planejamento terapêutico (JACKSON, 2018). Radiografias simples do abdome, com o paciente em pé e deitado, evidenciam padrão em escada das alças de intestino delgado dilatadas com níveis hidroaéreos. Outro dado radiológico importante é a ausência de ar na ampola retal nos casos de obstrução de sigmoide e reto. (SILVA, 2009).

A radiografia do abdome é comumente usada como o primeiro exame de imagem para diagnosticar dor abdominal aguda e obstrução intestinal. Porém, carece de precisão e sensibilidade, especialmente no diagnóstico de uma obstrução de alça fechada, isquêmica ou estrangulante. (GORE, 2015).

A tomografia computadorizada (TC) em espiral tornou-se o método de imagem preferido em pacientes com obstrução conhecida ou suspeita, pela sua capacidade de fornecer uma perspectiva geral do trato intestinal, sistema vascular, mesentério, omento, retroperitônio e peritônio. Entretanto, esse método diagnóstico também apresenta muitos problemas, como diagnóstico tardio, alto custo e radiação. (GORE, 2015).

A retossigmoidoscopia pode diagnosticar tumores baixos ou presença de volvo de sigmoide (imagem em espiral da mucosa, confluindo para uma zona de estenose). Permite, ainda, avaliar condições de viabilidade da mucosa colônica. A tomografia computadorizada nas obstruções colônicas pode identificar massas, assim como permitir estadiar as lesões com grande precisão, e é mais eficaz que o enema opaco na visualização dos segmentos colônicos à montante da lesão obstrutiva, podendo, ainda, determinar o nível da obstrução. (REIS-NETO, 2008).

Alguns diagnósticos diferenciais para a obstrução intestinal são os efeitos adversos de medicamentos (como os antidepressivos tricíclicos e narcóticos), isquemia mesentérica, íleo paralítico pós-operatório, perfuração de víscera e sepse intra-abdominal (JACKSON, 2018).

O tratamento da obstrução intestinal é, em sua maioria, cirúrgico. No entanto, a obstrução parcial do intestino delgado pode ser objeto de conduta expectante, contanto que seja mantida a eliminação de fezes e gases. O tratamento conservador deve ser associado às medidas iniciais, que consistem em hidratação, sondagem vesical de demora para monitorar o débito urinário e colocação de sonda nasogástrica, que proporciona conforto ao paciente e evita aspiração pulmonar. Antibióticos de largo espectro devem ser utilizados profilaticamente. (WILLIAMS, 2005).

Sinais de peritonite, instabilidade clínica, leucocitose, leucopenia e acidose são preocupantes para sepse abdominal, isquemia ou perfuração são mandatórios para exploração cirúrgica imediata. (DI SAVERIO, 2013).

Os procedimentos sugeridos para tratamento da obstrução intestinal são aqueles que não necessitam de abertura de alças como lise de aderências/bridas, manipulação e redução

da intussuscepção e redução da hérnia encarcerada. A enterotomia para remoção do corpo estranho da obstrução: bezoar, cálculo biliar e corpos estranhos. Outros procedimentos operatórios são a ressecção da lesão obstrutiva ou intestino estrangulado com anastomose primária, anastomose de curto-circuito para desvio da zona de obstrução e a formação de estoma cutâneo proximal à obstrução (colostomia). (KRUEL, 2008).

Antigamente, a laparotomia exploratória era quase uma obrigação diante de casos de obstrução intestinal. No entanto, os avanços em técnicas cirúrgicas minimamente invasivas tornaram a laparoscopia uma abordagem mais aceita para a exploração inicial em pacientes com obstrução não complicados ou causadas por adesões. (PEI, 2017). Estudos retrospectivos mostraram menor taxas de complicações, hospitalizações mais curtas e menores custos de cuidados de saúde quando os pacientes são operados por laparoscopia. (LI, 2012).

Um estudo prospectivo realizado na Índia em 2018 demonstrou que os principais fatores de morbimortalidade foram infecção de sítio cirúrgico relacionada a cirurgia de emergência, infecção de trato respiratório relacionada a pacientes idosos e choque relacionado a sepse. Foi observada uma tendência crescente na mortalidade com o aumento da duração da doença e atraso na manifestação clínica. (PANDEY, 2018).

3 **MÉTODO**

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo série de casos a partir de uma análise retrospectiva do prontuário eletrônico (Sistema Trakcare) dos pacientes com obstrução intestinal tratados cirurgicamente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no ano de 2017 e 2018. As variáveis observadas foram: idade, sexo, ocupação, etnia, quadro clínico, exames diagnósticos, causa da obstrução intestinal, local da obstrução intestinal, comorbidades e complicações.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Cirurgia Geral do HRAN, hospital que se tornou o centro de referência para o tratamento da COVID-19. De março/2020 até novembro/2020, o local foi esvaziado e passou a receber somente pacientes acometidos com a doença. Nesse período, apenas a ala de pacientes queimados e em cuidados paliativos continuaram funcionando, já que os outros hospitais.

Foram analisados 30 prontuários de pacientes com o diagnóstico de abdome agudo obstrutivo, operados na Unidade de Cirurgia Geral do HRAN, permanecendo internados por período igual ou superior a 24 horas.

Como critério de inclusão, foram selecionados pacientes diagnosticados e tratados cirurgicamente por obstrução intestinal no HRAN, de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Foram excluídos os pacientes tratados de forma conservadora.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo critérios preestabelecidos no manual de Iniciação Científica. Com Parecer Consubstanciado do Centro de Ensino e Pesquisa número 4.088.650 emitido pela Plataforma Brasil em 15 de Junho de 2020.

Este projeto dispensou o uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), visto que se tratou de estudo transversal que empregou apenas informações de prontuários médicos, sistema de informação institucional e/ou demais fontes de dados, como dados clínicos disponíveis no HRAN, sem utilização de material biológico. Todos os dados foram manejados de forma anônima, sem notificação nominal dos participantes da pesquisa. Além disso, os resultados foram apresentados de forma agregada, não permitindo a utilização de dados individuais nem a identificação dos sujeitos da pesquisa.

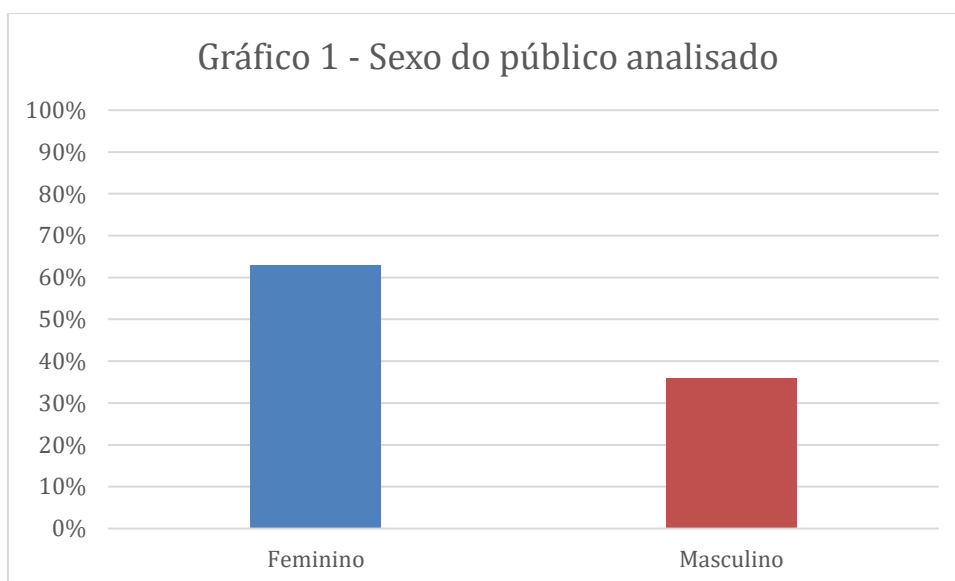
O trabalho não se tratou de um estudo intervencionista (sem intervenções clínicas), não havendo alterações/influências na rotina e tratamento dos sujeitos da pesquisa e consequentemente, não houve adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

O investigador principal e demais colaboradores do estudo se comprometeram, individual e coletivamente, que utilizaram dados provenientes do mesmo apenas para os fins descritos e cumprimento de todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS número 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

A ficha de coleta de dados de todas as variáveis da pesquisa encontra-se no apêndice para apreciação (APÊNDICE A). Os dados do estudo foram tabulados e analisados no programa Microsoft Excel®. Os resultados foram apresentados de forma descritiva e comparativa, adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas.

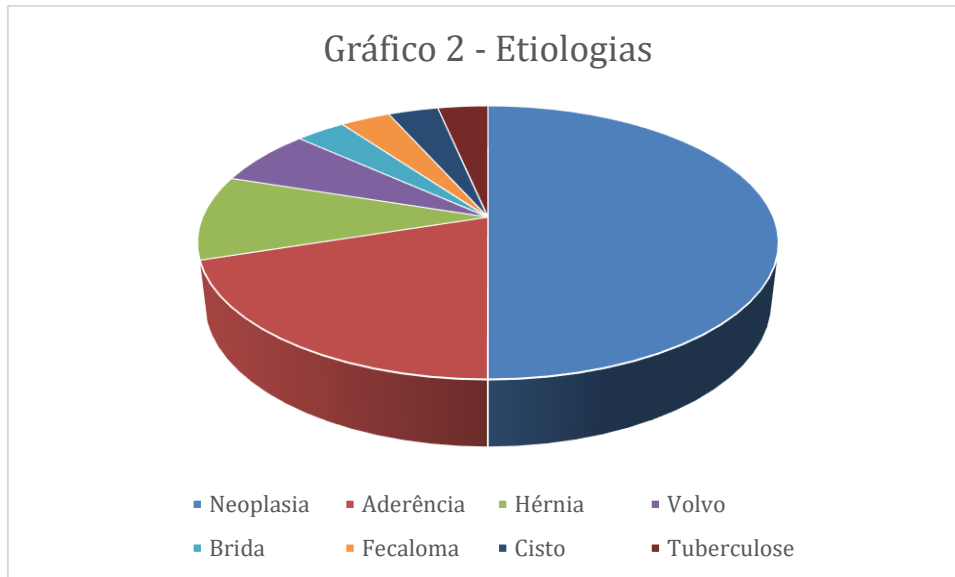
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos prontuários analisados foram reunidos 30 pacientes com o diagnóstico de obstrução intestinal operados na Unidade de Cirurgia Geral do HRAN entre janeiro/2017 a dezembro/2018. A faixa etária média dos participantes foi de $54,7 \pm 16,9$ (variando de 20 à 91 anos), sendo a moda de 48.



A população examinada, conforme demonstra o gráfico 1, foi predominante do sexo feminino, 63,33% (N=19) dos pacientes, em comparação com 36,66% (N=11) do sexo masculino, discordando da maioria dos autores, como JACKSON (2018), SHIVAKUMAR et al (2018) e BARGAJE (2020), que demonstraram maior prevalência no sexo masculino. Tal resultado da presente pesquisa, provavelmente, ocorreu pelo baixo espaço amostral. Também deve-se levar em consideração a maior tendência de homens procurarem menos os serviços de saúde, em comparação com as mulheres. (TEIXEIRA, 2016). No entanto, também poderíamos questionar se este é um padrão regional.

Gráfico 2 - Etiologias



Conforme demonstrado no gráfico 2, a principal etiologia encontrada foi a neoplasia, com 50% (N=15) dos casos, seguida de aderências com 20% (N=6), hérnias 10% (N=3), volvo 6,66% (N=2) e brida, fecaloma, cisto e tuberculose correspondendo à 3,33% cada uma (N=1). Mesmo com a baixa amostragem, tais resultados foram de acordo com MOREIRA JR et al (2007) e TAYLOR (2013) que apontaram aderências e neoplasias malignas como as principais etiologias da obstrução intestinal atualmente.

50% (N=3) dos pacientes acometidos pelas aderências, possuíam cirurgia prévia relatada nos prontuários. A outra metade não possuía nenhum relato sobre cirurgia prévia, seja para negar ou afirmar sua presença. Mesmo assim, pode-se estabelecer a relação de cirurgia prévia como um importante fator de risco para o desenvolvimento de aderências intestinais e, por conseguinte, a obstrução intestinal.

A tuberculose como causa de obstrução intestinal constitui uma causa rara, porém importante, especialmente em países em desenvolvimento e em pacientes portadores de HIV. Acometendo principalmente a região ileocecal devido ao acúmulo de tecido linfóide local. O diagnóstico pré-operatório é raro e o específico apenas confirmado pela histopatologia. (NYUYEN, 2002; LOPES, 2004; MENDES, 2009).

A neoplasia maligna é a causa mais comum de obstrução do intestino grosso nos EUA, sendo que cerca de 2 a 3% apresentam obstrução completa. Lembrando que o adenocarcinoma de cólon é a terceira causa de morte por câncer em homens e mulheres nos EUA, havendo maior risco de sobrevivência com a idade, porém 90% dos casos são diagnosticados

com mais de 50 anos. (SABISTON, 2019). Já os tumores de intestino delgado são incomuns, necessitando de alto grau de suspeita para um devido diagnóstico precoce. (MARTINS, 2021).

Existem três formas de apresentação do câncer colorretal, a hereditária, esporádica e familiar. A primeira ocorre em pacientes jovens, com histórico familiar positivo e outros tumores específicos, havendo como exemplo a polipose adenomatosa familiar (PAF) e o câncer colorretal não poliposo hereditário (CCNPH). Já a forma esporádica apresenta-se sem o histórico familiar positivo, geralmente aparecendo em pacientes mais idosos (60-80 anos) e em uma lesão isolada. Por fim, existe a forma familiar, na qual há um aumento de chances de desenvolver a neoplasia em pacientes com parentes de primeiro grau acometidos antes dos 50 anos de idade, havendo maior risco a medida que aumenta o número da familiares. (SABISTON,2019)

Os prontuários analisados careciam de informações sobre o história de câncer na família, fatores de risco e análises anatomopatológicas das lesões. O que dificultou o estabelecimento de relações epidemiológicas de maior significância.

Todos os pacientes apresentaram dor abdominal importante e parada de eliminação de flatos e fezes durante algum momento. Dos 18 casos de obstrução intestinal baixa, todos os pacientes apresentaram vômitos fecaloides e distensão abdominal. Já nos de obstrução alta, que somam 40% dos casos (N= 12), todos os pacientes apresentaram vômitos biliosos.

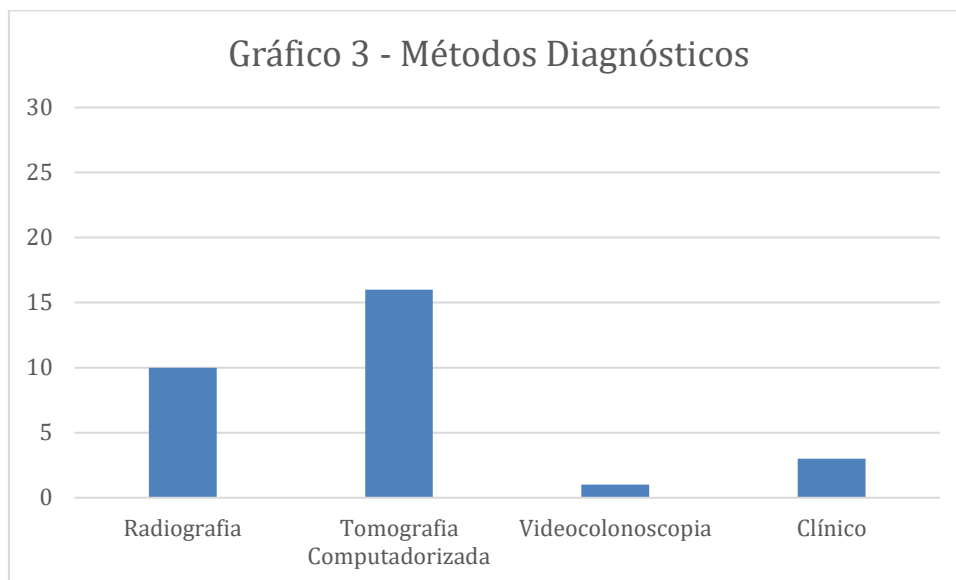
Tabela 1 – Local da Obstrução

Local da Obstrução	Pacientes	%
Cólon Sigmóide	11	36,66
Alças de Delgado	6	20
Íleo	3	10
Cólon Descendente	2	6,66
Cólon Ascendente	1	3,33
Cólon Transverso	1	3,33
Mesocólon	1	3,33
Duodeno	1	3,33
Jejuno	1	3,33
Ceco	1	3,33
Região Íleocecal	1	3,33
Próximo ao Ângulo de Treitz	1	3,33
Total	30	100

O local da obstrução mais acometido foi o Cólon Sigmóide. É a parte final do cólon, que possui formato de “S” e onde há a maior pressão de peristalse. Conferindo mais casos de obstrução baixa. Esse resultado foi compatível com o estudo de VIDAL (2005) que relatou como a principal causa e a localização da obstrução, no sexo feminino, os tumores do sigmóide. Com isso, podemos

estabelecer uma relação. Já que, na presente pesquisa, a maioria dos participantes eram do sexo feminino e possuíam a etiologia de neoplasia (8 de 10 mulheres com diagnóstico de

neoplasia tiveram o sigmóide como a localização). A Tabela 1 demonstra os principais locais da obstrução e suas porcentagens.



Ao analisar o Gráfico 3, tem-se que o exame de imagem mais utilizado para o diagnóstico foi a tomografia computadorizada com 53,33% (N=16), seguido da radiografia 33,33% (N=10) e videocolonosopia 3,33% (N=1). 10% dos pacientes (N=3) receberam o diagnóstico apenas com dados clínicos. Como dito por REIS-NETO (2008), a tomografia computadorizada consegue identificar massas, permitindo o estadiamento das lesões e determinando o nível da obstrução.

A técnica cirúrgica mais empregada para a tentativa de resolução dos quadros deste estudo, representando 96,66% dos casos (N=29), foi a laparotomia exploradora. Seja para realizar a lise de aderências ou para ressecções intestinais. Apenas 3,33% (N=1) dos pacientes foi submetido à laparoscopia. Segundo LI (2012), a laparoscopia apresenta menores taxas de complicações e hospitalizações mais curtas, quando comparada à outras técnicas cirúrgicas. Porém, no presente estudo, não foi possível estabelecer tal relação devido à quase totalidade de operações ser por laparotomia. Não pudemos apontar a exata razão da preferência de realização de laparotomias pelos cirurgiões do HRAN, porém pode estar relacionada com a menor disponibilidade de equipamentos para realização da abordagem laparoscópica.

40% (N=12) dos pacientes analisados tiveram complicações durante a internação. Algumas das quais foram: 13,33% (N=4) dos pacientes apresentaram deiscência de aponeurose, 13,33% (N=4) injúria pré-renal, 10% (N=3) sepse, 6,66% (N=2) abscesso intracavitário, 3,33% (N=1) TEP e 3,33% (N=1) laceração de ceco. No estudo de Pandey (2018), as principais complicações foram infecção de sítio cirúrgico, infecções respiratórias e deiscência de sutura. Além disso, no trabalho de VIDAL (2005), a IRA pré-renal foi citada como uma das complicações.

Dos 6 óbitos observado neste estudo, 2 foram relacionados à choque séptico de foco abdominal e 4 foram relacionados à doença neoplásica. Apontando uma relação de 66,66% (2 de 3 pacientes) de morbimortalidade em pacientes com sepse e uma relação de 26,66% (4 de 15 pacientes) em pacientes com etiologia neoplásica. O que nos leva a indagar se pacientes que apresentam sepse como complicação possuem prognósticos mais sombrios do que os que não apresentam. Não foi possível relacionar os óbitos com idades mais avançadas, já que apenas 2 deles ocorreram em maiores de 65 anos. O Gráfico 4 aponta os desfechos clínicos dos casos.



Alguns dados que utilizaríamos para estabelecer relações eram a etnia e a profissão dos participantes, contudo, esses dados eram apenas introduzidos como “sem informação” nos prontuários, o que impossibilitou esta análise. E, muitas vezes, o procedimento cirúrgico

não foi descrito, não sendo possível apontar achados operatórios. Nos deparamos, também, com carência de dados sobre resultados anatomopatológicos.

Diante do exposto, vale ressaltar que segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002- Artigo 5º, os itens obrigatórios que devem constar nos prontuários, sejam eles confeccionados em qualquer suporte, eletrônicos ou papel; torna obrigatório o registro da anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado, evolução diária do paciente, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido. (CFM, 2002).

Também tivemos que trabalhar com uma quantidade reduzida de dados pertinentes aos anos analisados por esta pesquisa, devido a erros de introdução dos mesmos pelo pessoal do centro cirúrgico. Havendo redução do número de cirurgias relatadas, principalmente no ano de 2018.

Além disso, a coleta de dados nas dependências físicas do HRAN foi prejudicada devido ao fechamento do hospital para se tornar o centro de referência no tratamento da COVID-19 em 2020.

5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Foi possível observar que a maior incidência de obstrução intestinal ocorreu em indivíduos do sexo feminino, apresentando uma divergência com a literatura. A tomografia computadorizada foi o método mais utilizado para estabelecer o diagnóstico.

A principal etiologia encontrada foi a neoplasia maligna, seguida por aderências. Estando a última relacionada com cirurgia prévia, estabelecendo um importante fator de risco. O cólon sigmóide foi a região anatômica mais acometida. A dor abdominal ainda se manteve como o sintoma capital deste quadro, estando fortemente associada à parada de eliminação de flatos e fezes. Os outros sintomas diferem em relação ao local da obstrução.

Observou-se que a laparotomia exploradora foi a principal técnica cirúrgica utilizada, mesmo em pacientes com idade avançada. Tal escolha pode estar relacionada com a menor disponibilidade de equipamentos para realização da abordagem laparoscópica, porém há

carência de mais informações. A taxa de complicação foi de 40%, sendo deiscência de aponeurose e IRA pré-renal as mais apresentadas.

Quanto ao desfecho clínico, ocorreram seis óbitos, com índice de mortalidade de 20% entre todos os pacientes analisados. Houve uma relação de 66,66% de morbimortalidade em pacientes com sepse e uma relação de 26,66% em pacientes com etiologia neoplásica. A sepse é um importante fator de morbimortalidade, realçando a importância de estratégias para evitá-la.

Devido às dificuldades encontradas durante o percurso da presente pesquisa, que mostrou um número reduzido de casos analisados, consideramos que há necessidade de um estudo futuro mais aprofundado e com maior significância estatística para estabelecer melhores relações epidemiológicas sobre a obstrução intestinal no Distrito Federal.

REFERÊNCIAS

ANSARY, Parswa. Obstrução intestinal. Manual MDS: Versão para profissionais de saúde. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios->

[gastrointestinais/abdome-agudo-e-gastroenterologia-cir%C3%BArgica/obstru%C3%A7%C3%A3o-intestinal#v891016_pt.](#)

ANTHONY Thomas; BARON Todd; MERCADANTE Sebastiano et al. Report of the Clinical Protocol Committee: Development of Randomized Trials for Malignant Bowel Obstruction. J Pain Symptom Manage.vol.34, n.1 ,pp.49-59, 2007.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.04.011>

BARGAJE, Pankaj & Wasnik, Nitin. (2020). Acute intestinal obstruction in adults: etiology, clinical presentation, investigations and management: a longitudinal study. International Surgery Journal. 8. 170. 10.18203/2349-2902.isj20205876.

BASILIO Pedro C. Obstrução intestinal por aderências: utilização de membrana bio-reabsorvível (hialuronato de sódio + carboximetilcelulose) seprafilm® na profilaxia de complicações em reoperações abdominopélvicas. Rev bras Coloproct. vol.23, n.3, pp.168-171,2003.

BRENNER, Sérgio et al. Oclusão intestinal: análise de 267 casos.Rev. Col. Bras. Cir.vol.21, n.1, pp.1-5, jan.-fev. 1994.

BROOKS, Vivian E. H; BUTLER, Alan K.Acute intestinal obstruction in Jamaica.Surg Gynecol Obstet.Jamaica,vol.122, n.2, pp.261-263, Feb. 1966.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002. [S.l.]: D.O.U. 09 de agosto de 2002 Seção I, 2002. 184-185 p. Disponível em: . Acesso em: 08 agosto 2021.

DI SAVERIO S, Coccolini F, Galati M, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO Working Group. World J Emerg Surg. 2013; 8(1):42

EVERS, BM, Intestino delgado. In: Townsend CM. Sabiston, tratado de cirurgia: a base biológica da moderna prática cirúrgica. 17.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.1323-80

HUCL, T et al. Acute GI obstruction. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology., vol.27. n.5, pp.691-707,2013

FEVANG BT, Jensen D, Svanes K, Viste A. Early operation or conservative management of patients with small bowel obstruction? Eur J Surg. 2002;168(8-9):475-481

GORE R, Silvers R, Thakrar K, et al. Bowel obstruction. XXXX 2015;53:1225-40.

JACKSON P, Vigiola Cruz M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2018 Sep 15;98(6):362-367. PMID: 30215917.

KFOURI CFA, ACBC-SP , România MCFN, Freitas IB, Godoi VS, Fiod FC, et al. Câncer de cólon sigmoide manifestado inicialmente por vólculo de sigmoide. Relatos Casos Cir.2018;(2):e1914

LABRUNIE, Ester Moraes and MARCHIORI, Edson. Obstrução intestinal pós-gastroplastia redutora pela técnica de higa para tratamento da obesidade mórbida: aspectos por imagem. Radiol Bras [online]. vol.40, n.3, pp.161-165, 2007. ISSN 0100-3984. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-39842007000300006>.

LI MZ, Lian L, Xiao LB, Wu WH, He YL, Song XM. Laparoscopic versus open adhesiolysis in patients with adhesive small bowel obstruction: a systematic review and meta-analysis. Am J Surg. 2012;204(5):779-786.

LOPES L, Certo M, Ramada J, Soares J, Guimarães J, Ribeiro M, et al. - Tuberculose intestinal. GE - J Port Gastreterol 2004; 11: p 25-29.

MARKOGIANNAKIS, H et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. World J Gastroenterol.vol.13, n.3, pp.432-7. 2007.

MARTINS, Antonio Cavalcanti de Albuquerque et al. Neoplasias do intestino delgado: experiência de cinco anos. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões [online]. 2001, v. 28, n. 5 [Acessado 10 Agosto 2021] , pp. 342-346. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-69912001000500006>>. Epub 17 Nov 2008. ISSN 1809-4546. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912001000500006>.

MENDES, Wilker Benedeti et al. Tuberculose intestinal como causa de obstrução intestinal: relato de caso e revisão de literatura. Revista Brasileira de Coloproctologia [online]. 2009, v. 29, n. 4 [Acessado 9 Agosto 2021] , pp. 489-492. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-98802009000400009>>. Epub 03 Mar 2010. ISSN 0101-9880. <https://doi.org/10.1590/S0101-98802009000400009>.

MOREIRA JR, Helio et al. Obstrução Intestinal – Análise Retrospectiva da Etiologia e Morbimortalidade no Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). Rev bras Coloproct. v.25, n.2, pp.137-145, 2005.

MOTA, José Maurício. Emergências Oncológicas. Obstrução Intestinal Maligna na Sala de Urgência. Revista Qualidade HC [online]. São Paulo, 2018. Disponível em <<http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/176/176.pdf>>. Acesso em 02 de maio de 2019. ISSN 2526-0162

NGUYEN VH - Intestinal obstruction due to tuberculosis. Asian J Surg 2002; 25(2): p 145-148.

PANDEY Y. A prospective study of cases of intestinal obstruction and role of conservative expectant management. Int Surg J. 2018;5(6):2191-4.

PEI K, Asuzu D, Davis KA. Will laparoscopy lysis of adhesions become the standard of care? Evaluating trends and outcomes in laparoscopic management of small-bowel obstruction using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Project Database. Surg Endosc. 2017;31(5):2180-2186.

PINOTTI, H.W. Obstrução Intestinal. In: Tratado de Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo. Ed. Atheneu, vol.2, 723-741.

REIS-NETO, JA; REIS Jr JA. Obstrução do intestino grosso. In: Coelho JCU. Manual de clínica cirúrgica: cirurgia geral e es - pecialidades. São Paulo: Atheneu, 2008. p.1095-1103.

SABISTON. Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna. 20.ed. Saunders. Elsevier, 2019.

SCHRAUFNAGEL D, Rajae S, Millham FH. How many sunsets? Timing of surgery in adhesive small bowel obstruction: a study of the Nationwide Inpatient Sample. J Trauma Acute Care Surg. 2013;74(1):181-187, discussion 187-189.

SHIVAKUMAR CR, Shoeb MF, Reddy AP, Patil S. A clinical study of etiology and management of acute intestinal obstruction. Int Surg J. 2018;5(9):3072-7.

SILVA,AC; Pimenta ,M;Guimarães, LS. Small bowel obstruction: what to look for. Radiographics. vol.29, n.2, pp.423-39, 2009.

TAYLOR MR, Lalani N. Adult small bowel obstruction. Acad Emerg Med. 2013;20(6):528-544.

TEIXEIRA, Danilo Boa Sorte. Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, [S.l.], v. 32, n. 4, dic. 2016. ISSN 1561-2961.

TEN BROEK RP, Issa Y, van Santbrink EJ, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2013;347:f5588

VIDAL, M. A. N. Obstrução intestinal: causas e condutas. Revista Brasileira.Coloproct. São Paulo, v. 25. n. 0, p.332-338, 2005.

WRIGHT, HK; O'BRIEN, JJ; TILSON,MD. Water absorption in experimental closed segment obstruction of the ileum in man. Am J Surg. vol.121, n.1, p.96-9, 1971;

ZATERKA ,S; EISIG, J. Tratado de gastroenterologia: da graduação à pós-graduação / editores - 2. ed. - São Paulo: Editora Atheneu, 2016 p.265-272. SBN 978-85-388-0716-2

APÊNDICES

APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS



Ficha de Coleta de Dados

Ficha número:

1. Registro SES: _____

2. Idade: ____ anos.

3. Etnia: _____

4. Sexo: () Feminino () Masculino.

5. Profissão:

6. Quadro Clínico:

7. Tempo de início dos sintomas até o atendimento:

8. Causa da obstrução intestinal:

9. Local da obstrução intestinal:

10. Comorbidades:

11. Data de diagnóstico da obstrução intestinal:

12. Exames laboratoriais e de imagem utilizados para o diagnóstico:

13. Achado operatório:

14. Técnica cirúrgica utilizada:

15. Achados Anatomopatológicos:

16. Presença de complicações:

17. Tempo de internação:

18. Desfecho clínico da internação:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Análise epidemiológica do perfil dos pacientes com obstrução intestinal no Hospital Regional da Asa Norte

Pesquisador: ALBERTO VILAR TRINDADE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 26579819.7.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.088.650

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apresentação de EMENDA ao projeto "Análise epidemiológica do perfil dos pacientes com obstrução intestinal no Hospital Regional da Asa Norte".

Foram realizadas alterações referentes às PENDÊNCIAS DOCUMENTAIS DO CEP DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.

O objetivo da EMENDA é a apresentação dos seguintes documentos (anexados à Plataforma Brasil):

- Currículos dos pesquisadores em word;
- Termo de requerimento de dispensa do TCLE;
- Carta de encaminhamento ao CEP;
- Brochura de Pesquisa (anexos incluídos).

A seguir está o detalhamento do projeto:

- TIPO DO ESTUDO: estudo observacional, descritivo, do tipo série de casos a partir de uma análise retrospectiva do prontuário eletrônico (Sistema Trackcare) dos pacientes com obstrução intestinal tratados cirurgicamente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no ano de 2017 e 2018.

- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, diagnosticados e tratados cirurgicamente por obstrução intestinal no HRAN, de janeiro de 2017 a dezembro de

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.088.650

2018.

- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: pacientes que foram tratados de forma conservadora.

- TIPO DE INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO O ESTUDO: Hospital Regional da Asa Norte.

- PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS COM OS PARTICIPANTES: análise de dados do prontuário.

- MÉTODO DE COLETA DE DADOS/INFORMAÇÕES:

Será feito um estudo observacional, descritivo, do tipo série de casos a partir de uma análise retrospectiva do prontuário eletrônico (Sistema Trackcare) dos pacientes com obstrução intestinal tratados cirurgicamente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), no ano de 2017 e 2018. As variáveis observadas serão: idades, sexo, ocupação, etnia, quadro clínico, exames diagnósticos, causa da obstrução intestinal, local da obstrução intestinal, técnica cirúrgica empregada, comorbidades e complicações.

Os resultados serão apresentados de forma descritiva e comparativa, adotando-se números absolutos e proporções para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas. Para a estratificação da faixa etária dos idosos, será utilizada a Lei n 10.741 de 1º de outubro de 2003, que considera idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.

- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: Ficha de coleta dos dados do prontuário.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Analisar os casos de pacientes portadores de obstrução intestinal tratados cirurgicamente no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

3.2.1 Analisar as causas, os fatores de risco e os métodos diagnósticos da obstrução intestinal presentes nesta casuística.

3.2.2 Analisar a técnica cirúrgica empregada no tratamento destes pacientes. 3.2.3 Analisar as complicações e os fatores de morbimortalidade presentes nesta casuística.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informações fornecidas pelo pesquisador:

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.088.650

RISCOS: A pesquisa apresenta risco mínimo por se tratar de um estudo retrospectivo com consulta a prontuários. Neste sentido, os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e a privacidade dos dados que serão analisados para a pesquisa.

BENEFÍCIOS: A incidência da obstrução intestinal está aumentando gradativamente, principalmente em países desenvolvidos, provavelmente pelo fato de haver maior acesso a atendimento médico, resultando em mais cirurgias e a médio e longo prazo, aumento do número de pacientes com obstruções por aderências intra-abdominais pós-cirúrgicas. (MOREIRA JR et al, 2007). As aderências intraperitoneais são ocorrências frequentes no pós-operatório de várias cirurgias do abdome e pelve, podendo levar a complicações como infertilidade, dor crônica e obstrução intestinal, as quais podem levar a novas cirurgias complicadas e com alto potencial de morbidade e mortalidade (BASILIO, 2003). A cirurgia bariátrica, por exemplo, pode levar a obstruções intestinais por aderências (bridas), hérnia interna, intussuscepção gástricas, havendo necessidade de outras intervenções cirúrgicas para tratamento destas complicações (LABRUNIE e MARCHIORI, 2007). A população brasileira vem envelhecendo e aumentando a chance de apresentar neoplasias. As neoplasias, especialmente em tumores malignos terminais, são grandes causas de obstrução intestinal, especialmente quando tem origens intestinal e ginecológica (ANTHONY et al, 2007). Entre esses tumores, se destacam os de cólon, estômago do tipo difuso, ovário e mamas, os quais ao serem responsáveis, direta ou indiretamente, por obstruções levam a uma piora do estado geral, além de um quadro de anorexia, náuseas, vômitos, cólicas e distensão abdominal. (MOTA, 2017). Com isso, podemos observar uma mudança nas principais causas de obstruções intestinais, as quais costumavam ser por "hérnias encarceradas", e hoje são por aderências e neoplasias malignas. (MOREIRA JR et al, 2007). É importante realçar que as causas também variam em relação à etnia, geografia, realidade epidemiológica, idade e hábitos alimentares. (PINOTTI, 1994). A diversidade, individualidade e mudanças no ser humano tornam cada vez mais importantes os trabalhos com epidemiologia. Com isso, há de se estabelecer a importância de um estudo que compare o perfil de pacientes com obstrução intestinal, com desfechos de morbimortalidade.

O investigador principal e demais colaboradores do estudo se comprometem, individual e coletivamente, que serão utilizados dados provenientes do mesmo apenas para os fins descritos e cumprimento de todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na Resolução CNS número 466/12, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.088.650

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Devido à natureza do estudo, considera-se a pesquisa com risco mínimo.
- Conforme a resolução 466/12, entende-se por benefícios da pesquisa o proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa. Neste projeto os benefícios são indiretos, na medida em que não haverá benefício direto para o participante da pesquisa, mas os resultados pretendem trazer mais conhecimento sobre o tema.
- Os currículos dos pesquisadores foram anexados.
- Orçamento: os gastos serão custeados pelo pesquisador.
- Cronograma: A coleta de dados previa iniciar-se em fevereiro de 2020. A conclusão do projeto está prevista para junho de 2020.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta a Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada.
- Apresenta o Termo de Aceite Institucional.
- Propõe dispensa do TCLE com a justificativa:
"Por se tratar de um estudo retrospectivo, com um grande número de prontuários eletrônicos a serem analisados (100), cujas informações muitas vezes estão incorretas, desatualizadas ou não estão disponíveis, há também o fato de a maioria dos pacientes não realizar acompanhamento no hospital ou não reside no Distrito Federal."

O pesquisador acrescenta:

"Este projeto pede dispensa o uso do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), visto que se trata de estudo transversal que empregará apenas informações de prontuários médicos, sistema de informação institucional e/ou demais fontes de dados, como dados clínicos disponíveis no HRAN, sem previsão de utilização de material biológico."

"Todos os dados serão manejados de forma anônima, sem notificação nominal dos participantes da pesquisa. Além disso, os resultados serão apresentados de forma agregada, não permitindo a utilização de dados individuais nem a identificação dos sujeitos da pesquisa."

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3966-1511 **E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br

Continuação do Parecer: 4.088.650

- APRESENTA A DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL PELA PROTEÇÃO DA CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS DO PRONTUÁRIO DE QUE AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS SERÃO DISPONIBILIZADAS AOS PESQUISADORES DE FORMA ANONIMIZADA.

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto aos incisos XI.1 e XI.2 da Resolução nº 466/12 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observação: O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende os requisitos éticos e a pesquisa está em condições de ser iniciada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda previamente avaliada, com parecer n. 4.060.165/20, tendo sido homologado na 8ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano em 22 de maio de 2020.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 70.790-075
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3966-1511 **E-mail:** cep.uniceub@uniceub.br