



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

JÚLIA SOARES LEITE

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À
COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REFERÊNCIA DO
SUL DO BRASIL**

Florianópolis, SC
2025

JÚLIA SOARES LEITE

**PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À
COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REFERÊNCIA DO
SUL DO BRASIL**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como pré-requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edevard José de Araújo.

Orientador: Prof. Me. Rafael Pigozzi Cabral.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Florianópolis, SC

2025

Leite, Júlia Soares.

Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia em um hospital universitário referência do Sul do Brasil. / Júlia Soares Leite. – Florianópolis, 2025.
46p.

Orientador: Prof. Me. Rafael Pigozzi Cabral

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Colecistectomia 2. Perfil epidemiológico 3. Vesícula biliar
4. Laparoscopia 5. Colelitíase

DEDICATÓRIA

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Marlon e Viviane, pela luta incansável para me proporcionar a melhor educação possível, e não somente apoiarem os meus sonhos, mas torná-los os seus. Dedico este trabalho a vocês por encherem os meus dias de amor, carinho e palavras de incentivo, e por trilharem o meu caminho para que fosse possível concluir mais uma etapa. Vocês sempre serão a minha base.

À minha irmã, Iasmin, que esteve ao meu lado desde que esse sonho era ainda desconhecido, por acreditar em mim, apoiar-me, compartilhar dos mesmos medos e angústias, e por todos os momentos de abdicação para cuidar da irmã menor. Que sigamos crescendo juntas como sempre foi.

À minha avó, Maria, pelo abraço mais aconchegante, por cada mensagem de preocupação e saudade. Por cada cafuné e café da manhã antes de ir para a escola, por todo o amor e atenção dados a mim desde sempre, que hoje anseio em estender ao próximo na profissão que escolhi seguir.

Ao meu avô, Emídio, que hoje me cuida através de outros planos, por me motivar todos os dias, ao recordar da sua garra, do seu sorriso e da sua ansiedade por viver. Seu legado será eterno em meu coração, e em cada paciente, para que seja tratado da forma mais digna.

Aos meus avós, Maria e Pedro, que na brevidade em que estivemos juntos, me ensinaram sobre o amor e a saudade, e deixaram as mais bonitas recordações.

Ao meu namorado, Augusto, por ser meu suporte incondicional. Por todo o amor e cuidado. Por acreditar em mim desde o momento em que compartilhei dos meus objetivos mais distantes. Por ser, acima de tudo, meu melhor amigo.

Ao meu Orientador, Prof. Rafael Cabral, por me inspirar, desde a primeira aula, a seguir no caminho dessa especialidade tão bonita. Por todos os ensinamentos e apoio fundamentais para a realização deste trabalho.

A todos vocês, por somarem vida aos meus dias mais comuns, dedico o meu Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina.

RESUMO

Objetivos: Traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), durante o período de 1º de setembro de 2023 a 1º de setembro de 2024, e comparar os resultados obtidos aos dados da literatura médica.

Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e transversal.

Resultados: 259 pacientes foram submetidos à colecistectomia no período, sendo 9 excluídos por informações faltantes. Dos 250 pacientes, houve predomínio feminino (68%), e da etnia branca (84,80%). A maioria foi procedente de Florianópolis (60,80%), e apresentava comorbidade associada (57,14%). A idade e índice de massa corporal (IMC) foram de 46,63 anos e 29,70 kg/m², respectivamente. O caráter de internação predominante foi o de urgência (85%). O principal diagnóstico pré-operatório foi de colecistite aguda (54,8%). Colangiografia intraoperatória foi realizada em 22 pacientes, com coledocolitíase em 31,81%; colangiopancreatografia retrógrada endoscópica foi feita em 39 pacientes, com saída de cálculos em 71,79%. A principal via de acesso foi a videolaparoscópica (99%), com 2% de conversão para cirurgia aberta. O diagnóstico histopatológico predominante foi de colecistite crônica (52,82%). Houve 2 complicações intraoperatórias e 3 óbitos.

Conclusão: O principal perfil correspondeu ao sexo feminino, etnia branca, procedência de Florianópolis, idade média de 46,63 anos, com comorbidade associada e IMC médio de 29,70 kg/m². Os dados obtidos com a realização do procedimento no local estão de acordo com a literatura médica atual.

Palavras-Chave: Colecistectomia; Perfil epidemiológico; Vesícula biliar.

ABSTRACT

Objectives: To outline the clinical and epidemiological profile of patients undergoing cholecystectomy at the Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital (HU/UFSC) from September 1, 2023 to September 1, 2024, and to compare the results obtained with data from the medical literature.

Methods: Retrospective, descriptive, and cross-sectional study.

Results: 259 patients underwent cholecystectomy during the period, of which 9 were excluded due to missing information. Of the 250 patients, there was a predominance of females (68%) and white ethnicity (84.80%). The majority came from Florianópolis (60.80%) and had associated comorbidities (57.14%). Age and body mass index (BMI) were 46.63 years and 29.70 kg/m², respectively. The predominant type of hospitalization was emergency (85%). The main preoperative diagnosis was acute cholecystitis (54.8%). Intraoperative cholangiography was performed in 22 patients, with choledocholithiasis in 31.81%; endoscopic retrograde cholangiopancreatography was performed in 39 patients, with stone removal in 71.79%. The main access route was videolaparoscopic (99%), with 2% conversion to open surgery. The predominant histopathological diagnosis was chronic cholecystitis (52.82%). There were 2 intraoperative complications and 3 deaths.

Conclusion: The main profile corresponded to females, white ethnicity, origin of Florianópolis, mean age of 46.63 years, with associated comorbidity and mean BMI of 29.70 kg/m². The data obtained with the performance of the procedure on site are in accordance with the current medical literature.

Keywords: Cholecystectomy; Epidemiological profile; Gallbladder.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o sexo.....	18
Figura 2 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a faixa etária.....	19
Figura 3 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o IMC.....	21
Figura 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o caráter de internação.....	22
Figura 5 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o diagnóstico pré-operatório.....	24
Figura 6 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colelitíase.....	25
Figura 7 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colecistite aguda.....	25
Figura 8 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colecistite não especificada.....	26
Figura 9 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colecistite crônica.....	26
Figura 10 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de coledocolitíase.....	27
Quadro 1 – Descrição das cinco indicações de conversão para cirurgia aberta, dentre os pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024.....	28
Figura 11 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o diagnóstico histopatológico.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a etnia.....	18
Tabela 2 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a procedência.....	19
Tabela 3 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme suas comorbidades.....	20
Tabela 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, em caráter eletivo, conforme os valores referentes aos tempos de interesse perioperatórios.....	23
Tabela 5 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, em caráter de urgência, conforme os valores referentes aos tempos de interesse perioperatórios.....	23
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes submetidos à Colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a realização de Colangiografia Intraoperatória.....	28
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes submetidos à Colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a realização de CPRE.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU – Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários

CA – Colecistite aguda

CC – Colecistite crônica

CEPSH/UFSC – Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

CIO – Colangiografia intraoperatória

CPRE – Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

CRMN – Colangiorressonância magnética

CVL – Colecistectomia videolaparoscópica

DAC – Doença arterial coronariana

DAOP – Doença arterial obstrutiva periférica

DCV – Doença cerebrovascular

DM2 – Diabetes mellitus tipo 2

DRGE – Doença do refluxo gastroesofágico

EH – Esteatose hepática

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

HU/UFSC – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

IMC – Índice de massa corporal

LIVB - Lesões iatrogênicas das vias biliares

PAB – Pancreatite aguda biliar

PVHIV – Pessoa Vivendo com HIV

SUS – Sistema Único de Saúde

TAG – Transtorno de ansiedade generalizada

TC – Tomografia computadorizada

TEV – Tromboembolismo venoso

THD – Transtorno do humor depressivo

USG – Ultrassonografia

UTI – Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>.....	v
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	viii
INTRODUÇÃO	11
OBJETIVO.....	14
MÉTODO	15
RESULTADOS.....	18
DISCUSSÃO	31
CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38
NORMAS ADOTADAS.....	42
ANEXO A) PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	43

INTRODUÇÃO

A vesícula biliar é um órgão de aspecto sacular, localizado abaixo do fígado, que tem por função o armazenamento e concentração da bile hepática (1), um fluido digestivo cuja formação é o único meio significativo de eliminação do excesso de colesterol corporal. Em situações específicas, pode ocorrer o aprisionamento de cristais de colesterol e sua agregação, formando os cálculos biliares (2). Embora envolva uma patogênese multifatorial, incluindo cálculos de colesterol, pigmentares ou uma combinação de ambos (3), a supersaturação da bile, associada à hipomobilidade biliar e à hipersecreção mucosa, são os principais mecanismos envolvidos na gênese da colelitíase (2).

A colelitíase, ou litíase biliar, é uma doença altamente prevalente, que acomete até 15% dos adultos ao redor do mundo, com taxas ainda maiores em populações específicas, como nos pacientes com histórico de cirurgia bariátrica (4). Múltiplos fatores influenciam no seu desenvolvimento, dentre eles: idade avançada, sexo feminino, etnia branca, histórico familiar, gravidez, obesidade, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, sedentarismo, dieta hipercalórica, tabagismo e perda de peso considerável em pequeno intervalo (5,6). Em cerca de 80% dos casos, os pacientes são assintomáticos, contudo, a cada ano, cerca de 1 a 4% desses indivíduos iniciam com manifestações sintomáticas (3).

A manifestação clínica mais comum da litíase biliar é a cólica biliar associada a náuseas e vômitos (2). A cólica biliar corresponde a uma dor abdominal do tipo cólica, localizada no epigástrio, no hipocôndrio direito ou em ambos, com duração geralmente superior a 30 minutos (4), a qual decorre da obstrução intermitente do ducto cístico por um cálculo (2). Embora a litíase biliar sintomática possa ser confundida com a colecistite crônica (CC), essa designação não é precisa, visto que a presença dos cálculos biliares precede a inflamação (7). A CC envolve um processo de inflamação e cicatrização do órgão, devido a múltiplos episódios de cólica biliar. Ela decorre da obstrução temporária crônica do ducto cístico, que promove distensão mantida da vesícula biliar e a torna repleta de um líquido mucoide não infectado (7).

Quando há migração e impactação permanente do cálculo no ducto cístico, com consequente hipertensão, estase, fenômenos vasculares e inflamatórios e proliferação bacteriana, há o desenvolvimento da colecistite aguda (CA). O processo pode envolver devido à movimentação do cálculo, ou evoluir para outras complicações, como empiema, necrose, perfuração bloqueada ou em peritônio livre (8,9). A suspeita de CA deve ser levantada em pacientes com dor em quadrante superior direito, que pode ser acompanhada por outros

sintomas, como febre, dor nas costas, dor referida na região subescapular ou ombro direitos, náuseas e vômitos (10).

A coledocolitíase é originada a partir da migração do cálculo biliar para a via biliar comum, e pode se manifestar por sinais e sintomas que vão desde cólica biliar, icterícia obstrutiva, colúria e acolia fecal, até condições graves como colangite e pancreatite aguda biliar (PAB) (11). A colangite aguda, por sua vez, trata-se de uma afecção causada pela obstrução da árvore biliar e pela infecção da bile, que pode evoluir rapidamente para sepse e óbito (12). A PAB se refere ao processo inflamatório agudo do pâncreas, relacionado à presença ou passagem de cálculo no ducto pancreático principal e consequente obstrução ao fluxo de bile e ativação de enzimas no interior do pâncreas. Na maioria das vezes, a fonte litiásica é a própria vesícula biliar, sendo indicada a realização de colecistectomia durante a mesma internação, após a resolução do quadro agudo (13).

A colecistectomia, cirurgia de remoção da vesícula biliar (14), foi realizada pela primeira vez em 1882, pelo cirurgião alemão Langenbuch (15), e é hoje a operação do aparelho digestivo mais realizada no mundo (16). Está indicada nos casos de neoplasias da via biliar, e de litíase biliar sintomática e suas complicações (7). O procedimento pode ser realizado através de duas técnicas: a abordagem laparoscópica, minimamente invasiva, e a abordagem aberta (17).

A colecistectomia videolaparoscópica (CVL) é, atualmente, o padrão-ouro para o tratamento da colelitíase, por diminuir a agressão cirúrgica, o tempo de permanência hospitalar, e permitir retorno precoce às atividades de rotina (15). Apesar de seus diversos benefícios, a abordagem fechada não está isenta de complicações: além dos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos, há ainda a possibilidade de lesões vasculares, de estruturas intra-abdominais ou do trato biliar, entre outras (16).

Embora seja mais invasiva, a técnica aberta pode ser requerida em complicações, seja por inflamação grave da vesícula biliar, por alterações anatômicas, ou devido a dificuldades técnicas durante a laparoscopia (14). Estima-se que cerca de 2 a 15% das colecistectomias videolaparoscópicas necessitem de conversão para a cirurgia aberta convencional, sendo que os pacientes submetidos a essa alternância entre técnicas tendem a apresentar maiores tempo operatório, morbidade e permanência hospitalar (18).

Atualmente, o diagnóstico por imagem das doenças biliares envolve a ultrassonografia (USG), a tomografia computadorizada (TC), a colangiorrressonância magnética (CRMN) e a cintilografia (8). A USG é o método inicial e o mais indicado para a avaliação diagnóstica do sistema biliar, por ser amplamente disponível, segura e de baixo custo, além de permitir um

estudo detalhado em tempo real da vesícula biliar (19). A TC também pode ser utilizada, mas possui limitações de custo e de visualização dos cálculos, sendo mais bem indicada na suspeita de complicações da colelitíase, diagnósticos diferenciais ou quando a ultrassonografia não é esclarecedora (20).

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) é um método diagnóstico e terapêutico para coledocolitíase, e pode ser realizada de forma pré, intra ou pós-operatória (21). Apesar de ser considerada padrão-ouro no diagnóstico dessa condição, é reservada para procedimentos terapêuticos, devido ao risco da sua principal complicação, a pancreatite pós-CPRE. Portanto, outros métodos podem ser utilizados para o diagnóstico dos cálculos de colédoco, a exemplo da CRMN, que apresenta sensibilidade e especificidade de 95 e 97%, respectivamente, na identificação dos cálculos ductais. A ausência da necessidade de sedação e de exposição à radiação torna esse método atrativo em casos de coledocolitíase, tendo em vista a baixa sensibilidade da USG na identificação de cálculos a depender da sua localização na via biliar, como no ducto biliar comum distal (11). Ainda, há a colangiografia intraoperatória (CIO), uma técnica bem estabelecida para demonstrar cálculos no ducto hepato-colédoco durante o transoperatório (22), além de auxiliar no desenho da anatomia do trato biliar, contribuindo para a redução de lesões iatrogênicas das vias biliares (LIVB) (23).

O perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia varia conforme a localidade, sendo o seu reconhecimento e estudo cruciais para a alocação eficiente dos recursos em saúde e para a condução de novas pesquisas. A identificação do perfil dos pacientes é fundamental para o aprimoramento das práticas médicas às características do grupo, possibilitando melhores resultados cirúrgicos.

Baseado no exposto, este estudo investigou o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC, na cidade de Florianópolis/SC, bem como alguns dos resultados obtidos a partir da realização da cirurgia neste Hospital. Dessa forma, além do melhor direcionamento dos recursos e das condutas locais, é possível compreender o panorama da unidade e identificar áreas de aprimoramento, contribuindo para a evolução das práticas médicas com base em evidências.

OBJETIVO

- 1) Traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), durante o período de setembro de 2023 a setembro de 2024.
- 2) Apresentar os dados e resultados perioperatórios obtidos com a realização desse procedimento e compará-los com a literatura médica disponível.

MÉTODO

Este é um estudo retrospectivo, descritivo, transversal, cuja amostragem inclui os indivíduos submetidos à colecistectomia, videolaparoscópica ou aberta, em caráter eletivo ou de urgência, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC). O período considerado para a coleta de dados foi de 1º de setembro de 2023 a 1º de setembro de 2024. O único critério de exclusão considerado foi o de prontuários incompletos (por excesso de dados faltantes ou dados críticos faltantes, como na ausência de descrição cirúrgica).

Durante o período, 259 pacientes foram submetidos à colecistectomia, sendo 9 deles excluídos da pesquisa devido à incompletude dos prontuários. Portanto, este estudo apresenta uma amostra de 250 indivíduos.

Para determinar os indivíduos submetidos a este procedimento no HU/UFSC no período de interesse, foi utilizado o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), e realizada a pesquisa na Escala de Cirurgias Diária, filtrando a partir do período da operação e da unidade cirúrgica (Centro Cirúrgico). Foram registrados os prontuários com menção à “colecistectomia” ou “colecistectomia videolaparoscópica” no quadro cirúrgico. Após, houve acesso a cada prontuário, individualmente, sendo os dados relativos às variáveis de interesse armazenados em planilhas do Software Excel® de forma anonimizada.

As variáveis analisadas correspondem ao número de operações, sexo, etnia, procedência, idade, comorbidades e IMC dos pacientes, histórico de cirurgia bariátrica, diagnóstico prévio de litíase biliar, caráter de internação, necessidade de UTI, tempo operatório, permanência hospitalar, tempo até a cirurgia, tempo de alta hospitalar, diagnóstico pré-operatório, exames de imagem que contribuíram para o diagnóstico pré-operatório, realização de CIO, realização de CPRE, evidência de esteatose hepática aos exames de imagem, via de acesso cirúrgico, necessidade e indicações de conversão para cirurgia aberta, diagnóstico histopatológico, evidência de cálculos vesiculares e óbitos.

Os dados foram tratados e armazenados utilizando o Software Excel®. Foi realizada análise estatística descritiva, por meio de tabela dinâmica e dos cálculos das medidas de tendência central. A partir destes, foram geradas as figuras, quadros e tabelas de interesse fundamental para a discussão acadêmica.

Foram analisados os tempos perioperatórios referentes à internação em caráter eletivo e de urgência, sendo eles: tempo operatório, permanência hospitalar, tempo até a cirurgia e tempo de alta hospitalar. O tempo operatório considerado foi calculado com base no horário de início e fim da cirurgia, mencionados na descrição cirúrgica. A permanência hospitalar foi obtida a

partir do horário de início e fim da internação hospitalar em que ocorreu a Colectistectomia. O tempo até a cirurgia foi obtido a partir do início da internação cirúrgica e o início da operação. O tempo de alta hospitalar é aquele entre o final da colecistectomia e o horário de alta do paciente.

Destaca-se que 16 pacientes foram internados em duas ocasiões, pela mesma condição clínica ainda não solucionada. Isso ocorreu devido a diversos motivos, dentre eles a indisponibilidade temporária de leito cirúrgico e de CPRE, ou por condições clínicas associadas ao quadro do paciente, como infecções de vias aéreas, com indicação de retorno para realização da cirurgia. Para fins de cálculo dos tempos de interesse perioperatórios, foi considerada somente a internação cirúrgica, ou seja, a segunda internação. Ainda, para fins de tabulação, a presença de uma internação de urgência prevaleceu sobre a internação eletiva, no mesmo paciente.

Foram consideradas comorbidades as condições de saúde de conhecimento prévio à internação, e relatadas pelo paciente na anamnese de admissão. Os diagnósticos pré-operatórios foram caracterizados pelas condições que levaram o paciente à indicação de colecistectomia. Cabe destacar que um mesmo paciente pôde apresentar mais de um diagnóstico, tendo em vista a dinamicidade e progressão das afecções que envolvem a via biliar. Colelitíase só foi considerada como diagnóstico pré-operatório em pacientes sem outras condições associadas, e com critérios para colecistectomia devido, unicamente, à colelitíase, como cólica biliar refratária, especialmente no caso das cirurgias eletivas. Em casos em que a colelitíase foi a responsável por desencadear complicações, como a pancreatite aguda biliar, o diagnóstico pré-operatório considerado não incluiu a litíase biliar.

Para análise dos exames de imagem que contribuíram para o diagnóstico pré-operatório, foram verificados os exames de USG, TC, CRNM ou CPRE, descritos no prontuário, evidenciando o respectivo diagnóstico. Destaca-se que, muitos pacientes internados de forma eletiva, com diagnóstico prévio de colelitíase, não apresentavam o exame diagnóstico descrito no prontuário, e foram classificados como “não especificado”. Em casos de mais um exame demonstrando um diagnóstico no mesmo paciente, múltiplos exames foram contabilizados.

Em relação às CPRE, foram analisadas, neste estudo, aquelas realizadas durante a internação operatória, ou então, aquelas realizadas na primeira internação. As CPREs realizadas após a internação cirúrgica não foram avaliadas.

Foram verificadas as complicações intraoperatórias relatadas na descrição cirúrgica, com exceção às complicações anestésicas, que não constavam nos prontuários eletrônicos e, portanto, não puderam ser avaliadas.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC), através do parecer 7.174.059, disponível, juntamente ao detalhamento dos seus aspectos éticos, no **ANEXO A**.

RESULTADOS

No período de 1º de setembro de 2023 a 1º de setembro de 2024, 259 pacientes foram submetidos à colecistectomia, videolaparoscópica ou aberta, em caráter eletivo ou de urgência, no HU/UFSC. Desses, 9 indivíduos foram excluídos do estudo devido à ausência de descrição cirúrgica nos prontuários. Dos 250 pacientes analisados, 170 eram do sexo feminino e somente 80 indivíduos representavam o sexo masculino (Figura 1). Um dos pacientes classificados como do sexo masculino apresenta quadro de deficiência de 17-alfa-hidroxilase, com fenótipo e identidade de gênero feminino, mas com cariótipo XY.

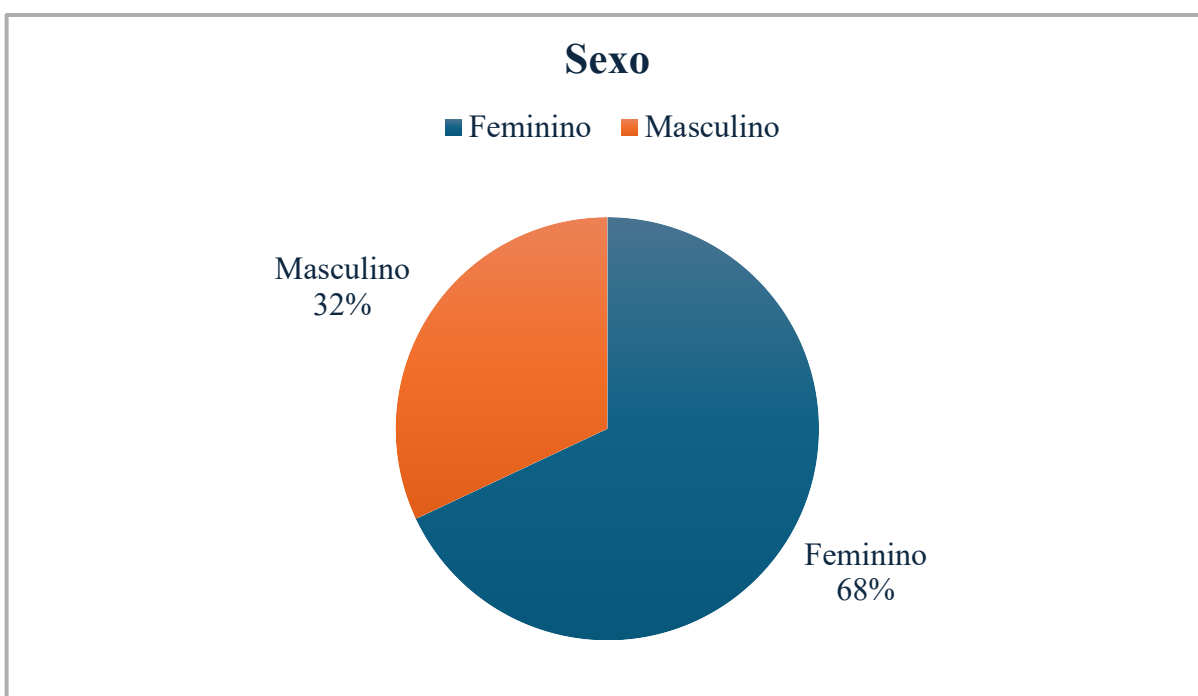


Figura 1 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **sexo** (N=250).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a **etnia**.

Etnia	N (250)	%*
Branca	212	84,80%
Preta	17	6,80%
Parda	18	7,20%
Amarela	3	1,20%
Indígena	0	0,00%

*Valores arredondados até a segunda casa decimal

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a **procedência**.

Procedência	N (250)	%*
Florianópolis	152	60,80%
São José	39	15,60%
Palhoça	26	10,40%
Biguaçu	7	2,80%
Governador Celso Ramos	5	2,00%
Antônio Carlos	3	1,20%
Garopaba	3	1,20%
São João Batista	3	1,20%
Tijucas	2	0,80%
Outros†	10	4,00%

*Valores arredondados até a segunda casa decimal.

†Municípios com um único paciente procedente.

Somente um paciente foi procedente de cada um dos seguintes municípios: Águas Mornas, Anitápolis, Canelinha, Celso Ramos, Itajaí, Petrolina, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio e Sorocaba do Sul.

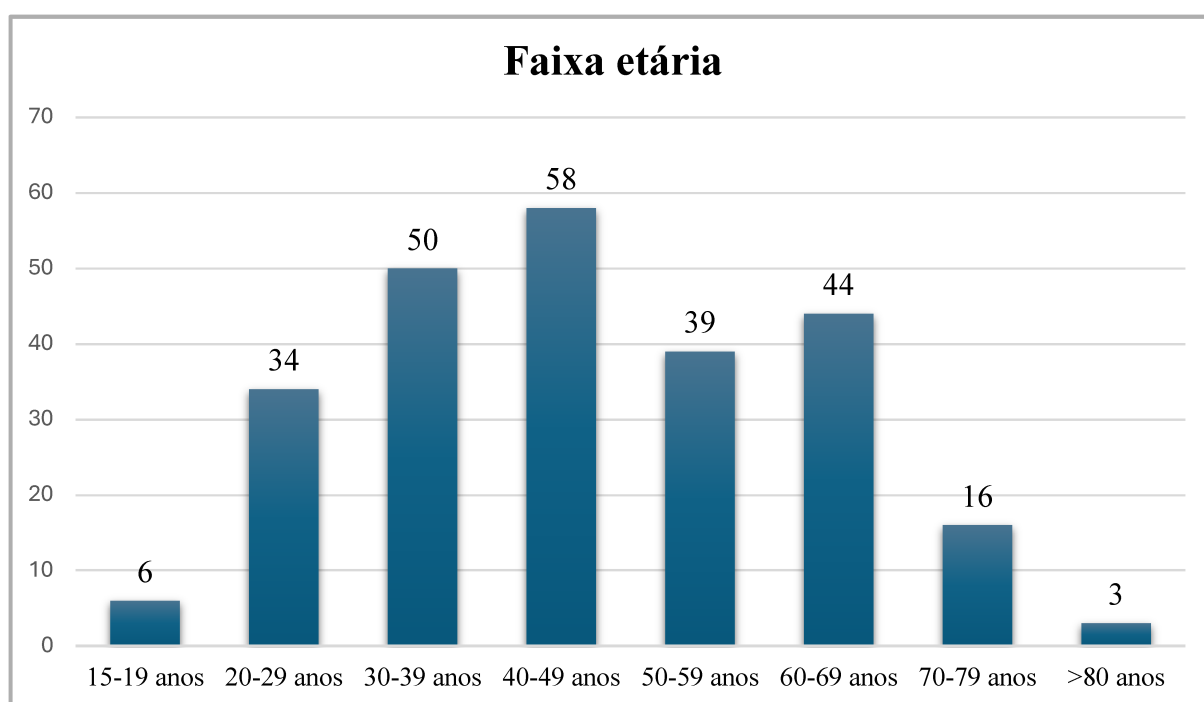


Figura 2 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a **faixa etária** (N=250).

A média de idade dos pacientes foi de 46,63 anos, enquanto a moda correspondeu a 64 anos e a mediana, a 45 anos. A menor idade registrada foi de 15 anos, e a maior idade foi de 89 anos. A faixa etária mais prevalente foi aquela entre os 40 e 49 anos (Figura 2).

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme suas **comorbidades**.

Comorbidade†	N (245)	%*
HAS	71	28,98%
DM2	26	10,61%
TAG	15	6,12%
THD	14	5,71%
Dislipidemia	14	5,71%
Hipotireoidismo	13	5,31%
DAC	9	3,67%
Neoplasia ‡	9	3,67%
Obesidade	8	3,27%
DCV	7	2,86%
Asma	6	2,45%
DRC	4	1,63%
TEV	4	1,63%
Esteatose hepática	4	1,63%
Doença renal crônica	4	1,63%
Nefrolitíase	4	1,63%
DAOP	3	1,22%
Arritmia	3	1,22%
DRGE	3	1,22%
TDAH	3	1,22%
Fibromialgia	3	1,22%
PVHIV	3	1,22%

*Valores arredondados até a segunda casa decimal.

†Foram consideradas as comorbidades presentes em ≥ 3 pacientes da amostra.

‡Foram considerados os pacientes com histórico de neoplasia ou com doença ativa.

HAS: hipertensão arterial sistêmica; DM2: diabetes mellitus tipo 2; TAG: transtorno de ansiedade generalizada; THD: transtorno do humor depressivo; DAC: doença arterial coronariana; DCV: doença cerebrovascular; DRC: doença renal crônica; TEV: tromboembolismo venoso; DAOP: doença arterial obstrutiva periférica; DRGE: doença do refluxo gastroesofágico; TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; PVHIV: pessoa vivendo com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana).

Dos 245 pacientes com a informação disponível, 140 relataram apresentar alguma comorbidade, valor correspondente a 57,14% da amostra estudada (N=245). Hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a principal comorbidade verificada, sendo relatada por mais de um quarto dos pacientes. As outras comorbidades mais frequentes, excetuando-se os transtornos do humor, foram diabetes mellitus tipo 2, presente em mais de 10% dos pacientes; dislipidemia, presente em 5,71% dos pacientes; e hipotireoidismo, presente em 5,31% da amostra (Tabela 3).

Outras condições foram relatadas numa frequência de 2 pacientes: cardiopatia, epilepsia, diabetes mellitus tipo 1, esquizofrenia, gastrite, osteoporose, retocolite ulcerativa, insuficiência cardíaca e lúpus eritematoso sistêmico. Algumas comorbidades foram mencionadas por um único paciente cada: angioedema hereditário, hipertensão pulmonar, Doença de Parkinson, Doença de Crohn, psoríase, hiperplasia prostática benigna, síndrome do intestino irritável, síndrome dos ovários policísticos, hérnia de disco, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose hepática, síndrome do pânico, transtorno do humor bipolar e deficiência de 17-alfa-hidroxilase.

Destaca-se que, dentre os 250 indivíduos estudados, seis pacientes eram lactantes, e uma era gestante. O diagnóstico prévio de litíase biliar foi mencionado por 122 pacientes no momento da internação. Desses, 84 pertenciam ao grupo internado em caráter de urgência. Ainda, 8 pacientes da amostra estudada informaram ter realizado cirurgia bariátrica em algum momento.

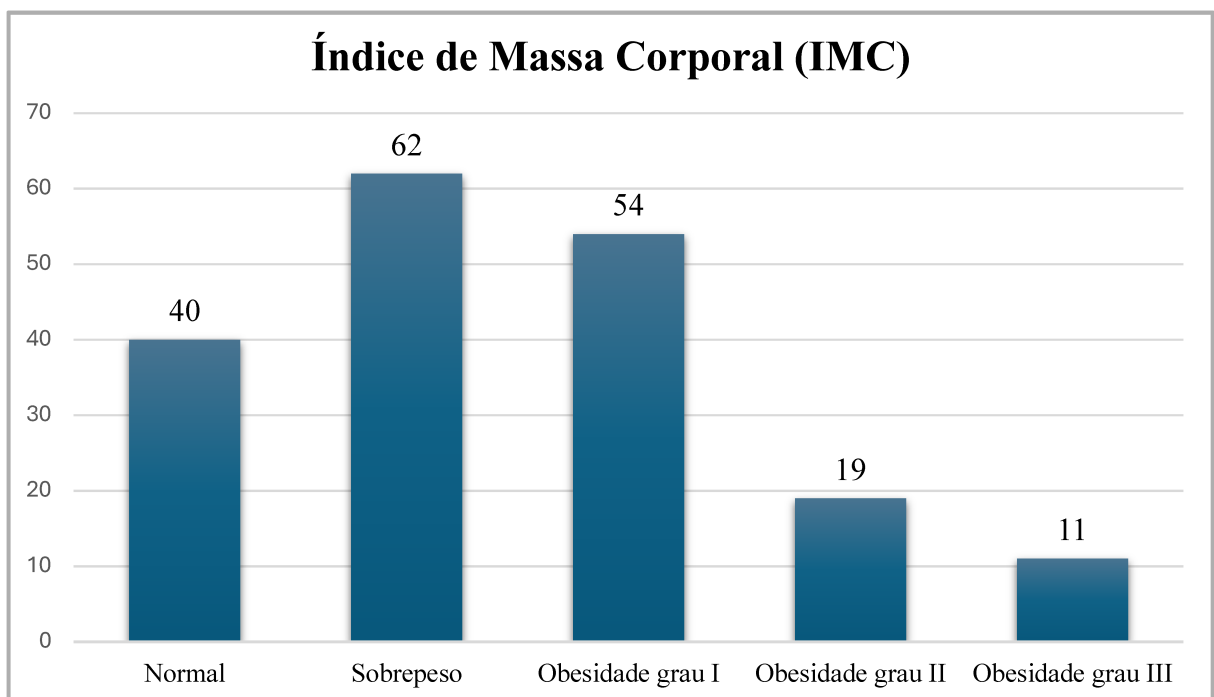


Figura 3 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o IMC. (N=186)

Foram obtidos dados do índice de massa corporal (IMC) de 186 pacientes. O IMC médio foi de 29,70 kg/m² (sobrepeso). O maior IMC foi de 44,70 kg/m², e o menor foi de 18,07 kg/m². Somente 40 pacientes apresentavam IMC normal, enquanto 146 pacientes se enquadravam com sobrepeso ou obesidade (Figura 3).

Dos 250 pacientes submetidos à colecistectomia, 38 foram internados eletivamente, enquanto 212 necessitaram de atendimento em caráter de urgência (Figura 4).

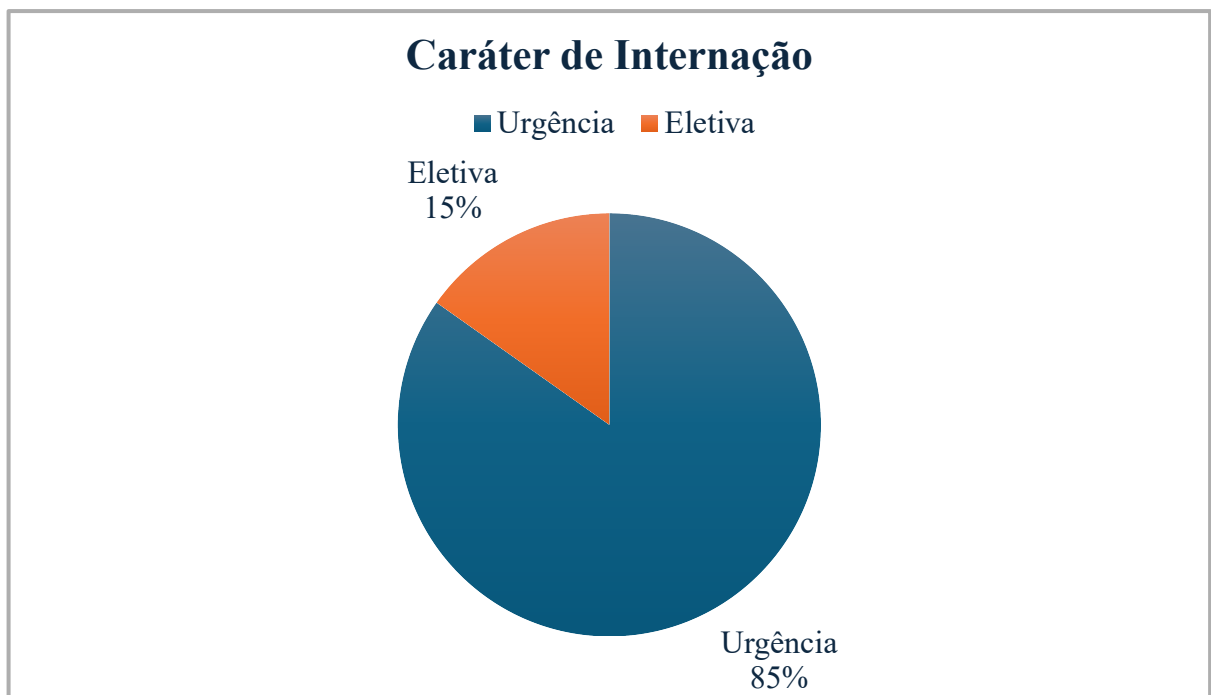


Figura 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **caráter de internação**. (N=250)

A internação em unidade de terapia intensiva (UTI) foi necessária para 21 pacientes, 8,4% da amostra estudada, sendo os demais assistidos integralmente pelo setor da enfermaria cirúrgica. Dos pacientes internados em UTI, em 7 casos a internação ocorreu antes mesmo da operação, devido a quadros de choque séptico (N=5), PAB grave (N=1) e risco de broncoaspiração após endoscopia digestiva alta (N=1). Nos demais 14 casos, houve necessidade de monitorização pós-operatória, a qual foi solicitada de forma eletiva, devido a alto risco cardiovascular, em 10 pacientes, e em caráter de urgência em 4 pacientes, principalmente em decorrência de complicações anestésicas durante a operação.

O tempo operatório médio global foi de 1,60 hora, e a média de permanência hospitalar global correspondeu a 197,38 horas. O tempo médio até a cirurgia foi de 140,72 horas, enquanto o tempo médio até a alta hospitalar foi de 53,89 horas.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, em caráter de internação eletiva, conforme os **tempos de interesse perioperatórios**. (N=38)

Tempo analisado	Média (h)*	Maior valor (h)*	Menor valor (h)*
Tempo operatório	1,19	2,25	0,20
Permanência hospitalar	61,79	216	9
Tempo até a cirurgia	40,68	195	0,78
Tempo de alta hospitalar	19,42	28	4

*Valores arredondados até a segunda casa decimal.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, em caráter de internação de urgência, conforme os **tempos de interesse perioperatórios**. (N=212)

Tempo analisado	Média (h)*	Maior valor (h)*	Menor valor (h)*
Tempo operatório	1,67	3,58	0,33
Permanência hospitalar	221,68	1254	24
Tempo até a cirurgia	158,65	911	0,82
Tempo de alta hospitalar	60,07	731	14

*Valores arredondados até a segunda casa decimal.

A média de permanência hospitalar dos pacientes que foram internados em duas ocasiões, pela mesma condição clínica ainda não solucionada, foi de aproximadamente 175 horas, cerca de 7,3 dias.

O principal diagnóstico que levou à colecistectomia no HU/UFSC, no período estudado, foi o de colecistite aguda, seguida por colelitíase, coledocolitíase e PAB. Além dos diagnósticos pré-operatórios destacados pela Figura 5, ocorreram outros menos frequentes, sendo eles: pólipos vesiculares (N=3), litíase biliar intra-hepática (N=2), síndrome de Mirizzi (N=1), adenomiomatose vesicular (N=1) e neoplasia de via biliar (N=1). Em um caso de colelitíase e um caso de colecistite aguda, houve associação com síndrome colestática, sem identificação de fator obstrutivo em via biliar.

Em relação aos pacientes internados eletivamente, o diagnóstico pré-operatório predominante foi o de litíase biliar (N=33), seguido por colecistite crônica (N=3), e pólipo vesicular (N=2).

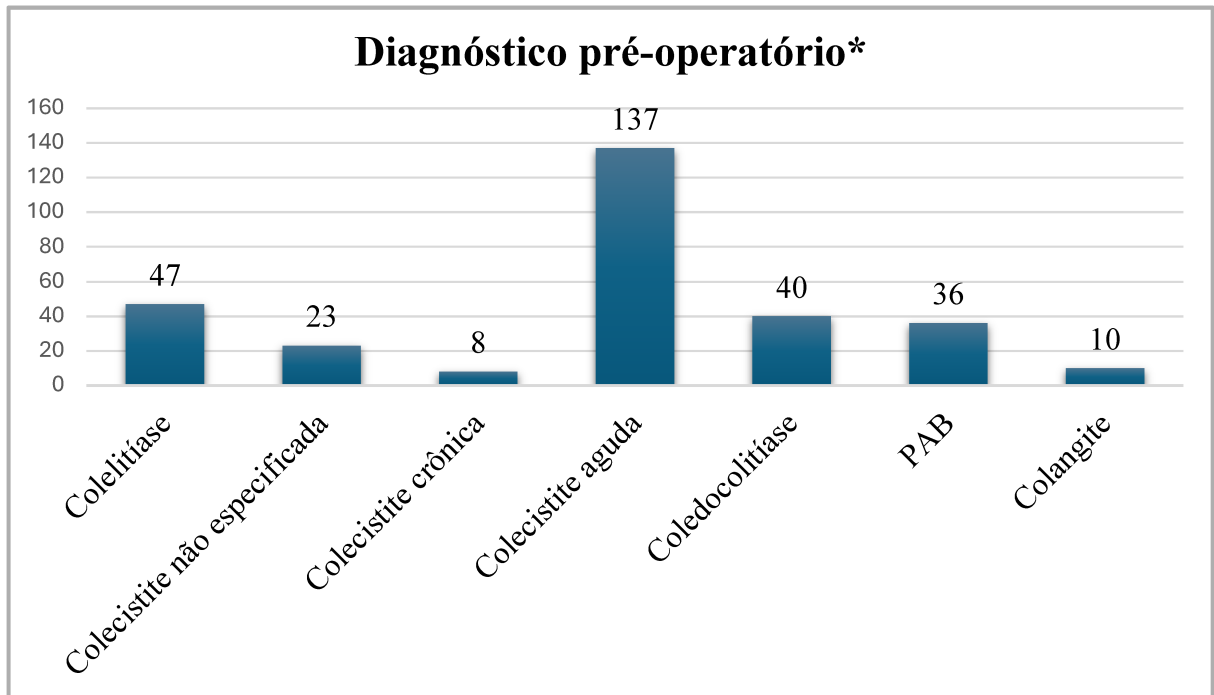


Figura 5 – Distribuição dos pacientes submetidos à Colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **diagnóstico pré-operatório**. (N=250)

*Foram consideradas os diagnósticos pré-operatórios presentes em ≥ 4 pacientes da amostra.

Nos pacientes com diagnóstico pré-operatório de colelitíase, ou seja, aqueles que tiveram indicação cirúrgica unicamente pelo quadro de litíase na vesícula biliar sintomática, o principal exame de imagem auxiliar utilizado foi a ultrassonografia, mencionado em 31 prontuários, valor correspondente à totalidade dos pacientes com o dado disponível. Em 16 prontuários não houve menção ao método diagnóstico da litíase biliar (Figura 6).

O diagnóstico pré-operatório de colecistite aguda foi obtido somente por critérios clínicos em três pacientes. Nos demais, houve apoio diagnóstico por métodos de imagem, seja para a exclusão de outras condições, confirmação da suspeita ou melhor elucidação do quadro. O principal exame de imagem que apoiou o diagnóstico de colecistite aguda foi a USG, que indicou a condição em 113 pacientes, seguida pela TC, a qual auxiliou no diagnóstico de 46 pacientes (Figura 7).

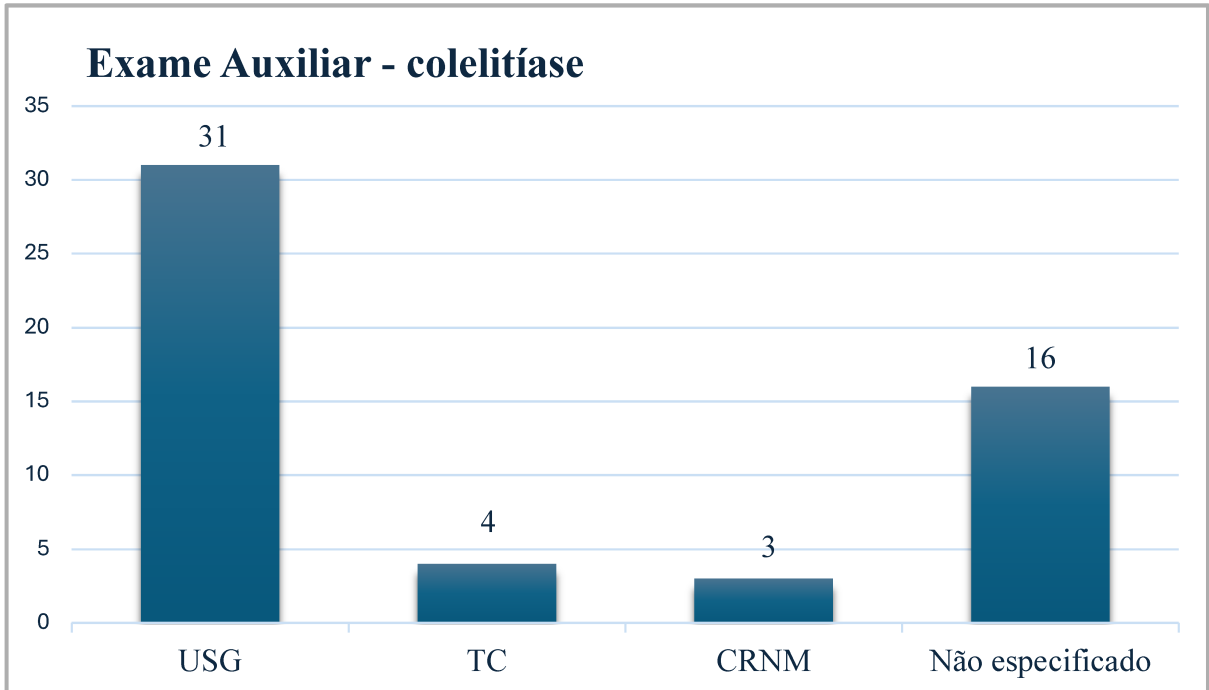


Figura 6 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colelitíase**. (N=47)

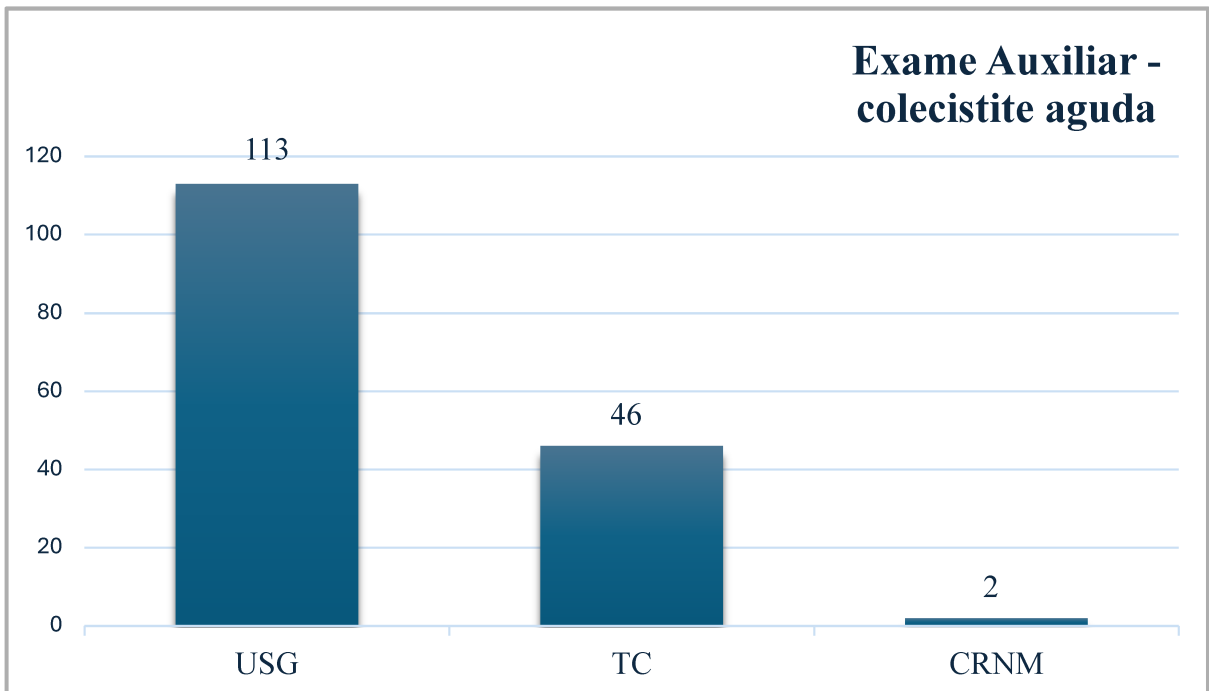


Figura 7 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colecistite aguda**. (N=137)

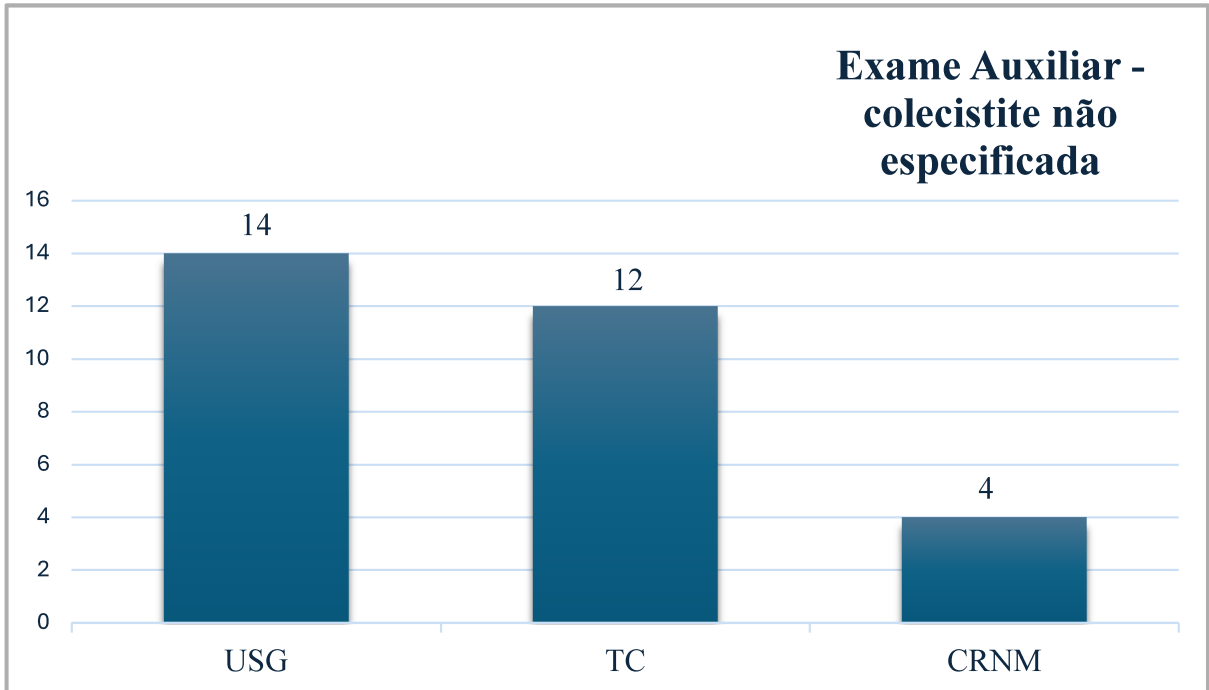


Figura 8 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colecistite não especificada**. (N=23)

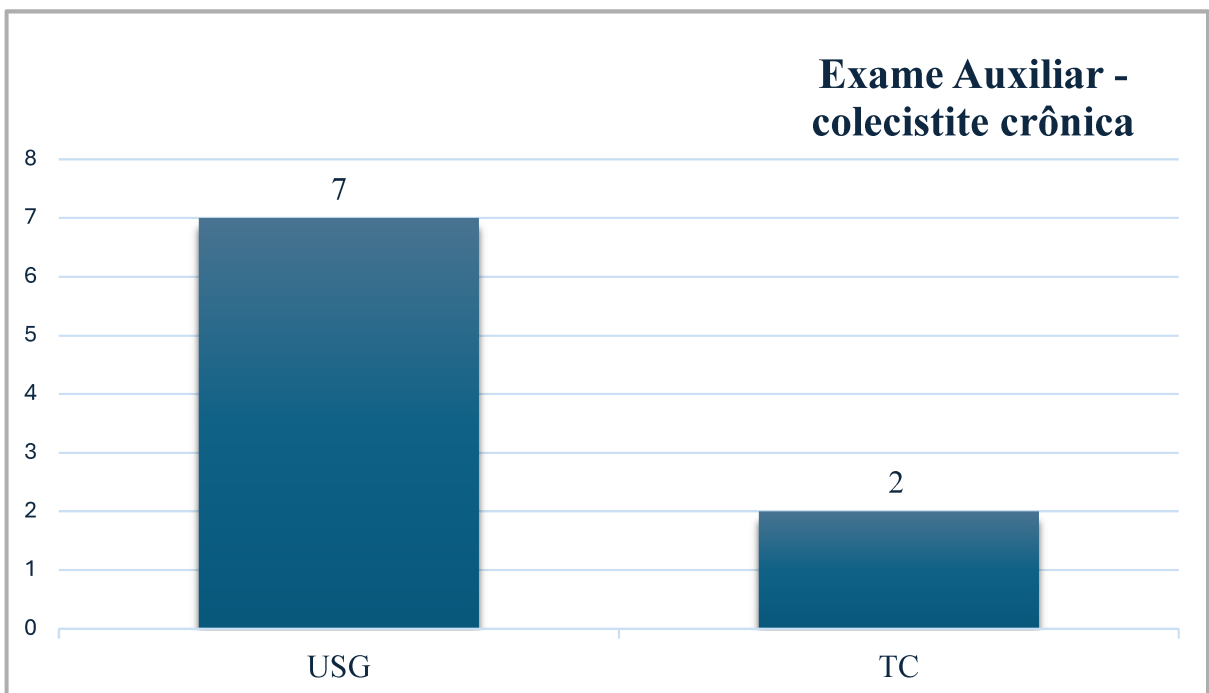


Figura 9 – Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de colecistite crônica**. (N=8)

O principal exame de imagem que contribuiu para o diagnóstico de colecistite não especificada, ou seja, aquela em que não foi descrito caráter crônico ou agudo da condição

inflamatória da vesícula biliar, foi a USG, em 60,87% dos pacientes diagnosticados. Ainda, uma grande porcentagem desses pacientes apresentou o exame de TC evidenciando colecistite (Figura 8). Dois pacientes obtiveram o diagnóstico unicamente através de critérios clínicos.

Houve apoio de exames de imagem auxiliares do diagnóstico na totalidade dos casos diagnosticados como colecistite crônica, sendo a USG o principal método utilizado, indicativa da condição em 87,50% dos pacientes. Um único paciente apresentou outro exame, a ressonância magnética de abdome total, evidenciando colecistite crônica (Figura 9).

Dos pacientes diagnosticados com coledocolitíase previamente à colecistectomia, 47,5% tiveram esse diagnóstico suportado pela USG, seguidos de 32,5% pela TC, e 22,5% pela CRNM (Figura 10). CPRE foi o único método capaz de realizar o diagnóstico em 2 pacientes. O diagnóstico por critérios unicamente clínicos foi realizado em somente um paciente, devido à presença de laudos de exames de imagem sugestivos de obstrução em colédoco, sem cálculo evidente ao método, associado a manifestações clínicas de colestase. Outro exame foi utilizado em um único paciente, a ressonância magnética de abdome.

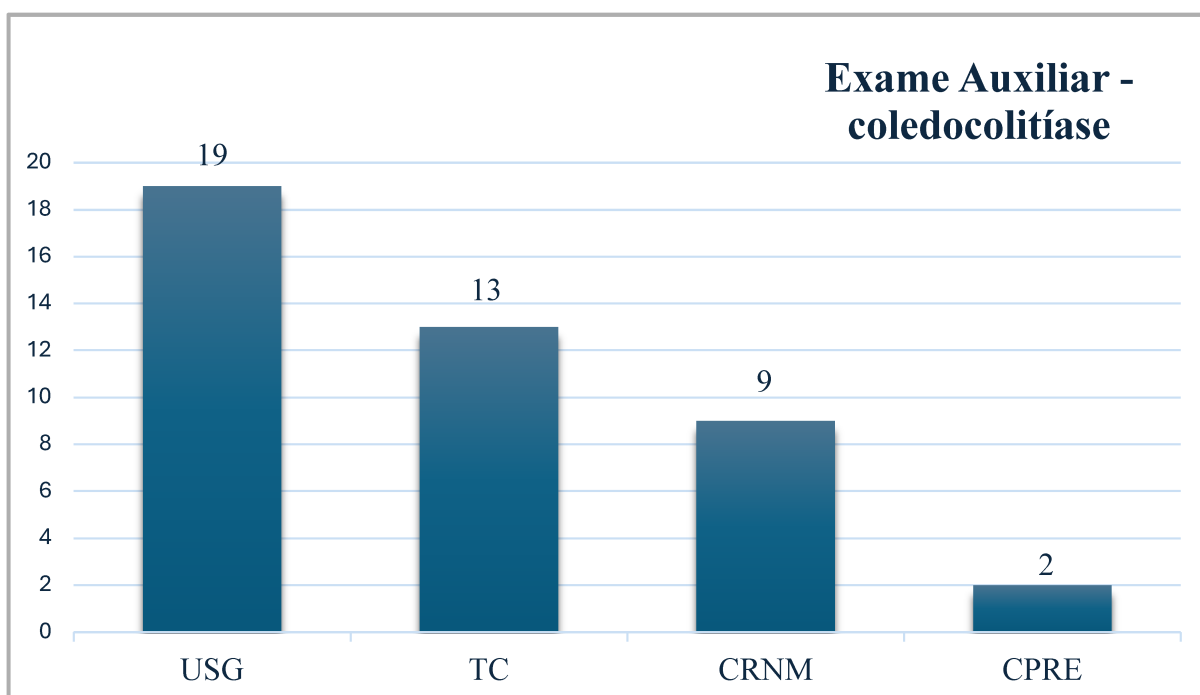


Figura 10 – Distribuição dos pacientes submetidos à Colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **exame de imagem auxiliar no diagnóstico pré-operatório de Coledocolitíase**. (N=40)

Colangiografia intraoperatória foi realizada em um total de 22 pacientes. Durante o procedimento, foi evidenciada a presença de cálculos de colédoco somente em 7 pacientes (Tabela 6). Desses, foi possível a remoção da pedra durante a CIO em um único caso.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a **realização de colangiografia intraoperatória**.

Realização de CIO	N (250)	%*
Realizou CIO	22	8,80%
Não realizou CIO	223	89,20%
Falha no procedimento†	5	2,00%

*Valores arredondados até a segunda casa decimal.

†Falha no procedimento foi considerada mediante falha técnica do aparelho durante o procedimento, ou por características anatômicas que impossibilitaram o avanço do aparelho.

A CPRE foi realizada em 39 pacientes, em sua maioria no pré-operatório (Tabela 7). Durante o procedimento, foi possível a remoção de cálculos em 28 casos; em 1 caso, houve somente saída de lama biliar; em 4 casos, houve, além da expulsão dos cálculos, drenagem de secreção purulenta; em 1 paciente, ocorreu saída somente de secreção purulenta; em 1 paciente, foi possível visualizar a presença de fistula biliar; e, em 1 paciente, foi verificada a presença de Síndrome de Mirizzi. Em 6 casos, não houve saída de cálculos após adequada papilotomia ampla e passagem de balão extrator. Não foi obtida a descrição de um dos procedimentos realizados. Em 6 pacientes, houve descrição de pancreatite pós-CPRE como complicação do procedimento.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme a **realização de CPRE**.

Realização de CPRE	N (250)	%*
CPRE pré-operatória	34	13,60%
CPRE pós-operatória	5	2,00%
Não realizou	210	84,00%
Falha no procedimento†	1	0,40%

*Valores arredondados até a segunda casa decimal.

†Falha no procedimento foi considerada mediante falha técnica do aparelho durante o procedimento, ou por características anatômicas que impossibilitaram o avanço do aparelho.

Dos 182 pacientes com a informação disponível, 32,42% apresentaram evidência de esteatose hepática (EH) nos exames de imagem durante a investigação diagnóstica das vias

biliares. A classificação da EH estava disponível no prontuário de 34 pacientes, sendo 16 quadros considerados moderados e 18 quadros classificados como leves.

A principal via de acesso utilizada foi a videolaparoscópica, empregada em aproximadamente 99% dos casos. Dentre os 250 pacientes operados no período, somente 3 cirurgias foram iniciadas com a abordagem aberta. Em 5 pacientes, foi necessária a conversão para cirurgia aberta, devido, principalmente, a dificuldades técnicas e à dificuldade na identificação de estruturas durante a operação, favorecidas pela presença de aderências e pela friabilidade de estruturas mediante o intenso processo inflamatório (Quadro 1). Portanto, a taxa de conversão verificada nesta amostra foi de 2%.

Quadro 1 – Descrição das cinco indicações de conversão para cirurgia aberta, dentre os pacientes submetidos à Colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024.

Indicações de conversão para Cirurgia Aberta
1) Vesícula biliar com aspecto inflamado, sendo observada laceração do ducto cístico durante dissecação.
2) Extensa área de aderência e bloqueio em região de HCD, com vesícula aderida ao cólon.
3) Abscesso perivesicular com vesícula biliar aderida ao cólon, determinando friabilidade e dificuldade de identificação das estruturas.
4) Vesícula biliar espessada e purulenta, com duodeno e estômagos aderidos, havendo insucesso na tentativa de liberação da vesícula e identificação do hilo.
5) Múltiplas aderências, com cólon aderido à vesícula, de paredes extremamente friáveis, na presença de necrose liquefeita, havendo insucesso na tentativa de liberação da vesícula e identificação do hilo.

Foram mencionadas duas complicações intraoperatórias na descrição cirúrgica, uma taxa correspondente a 0,8%, sendo elas lesão térmica em duodeno durante o descolamento da vesícula e pequena laceração no segmento hepático V durante o procedimento.

O principal diagnóstico histopatológico foi o de colecistite crônica, seguido pela colecistite crônica agudizada (Figura 11). Adenomiose foi diagnosticada simultaneamente a quadros de colecistite. Dentre as colecistites agudas, três correspondiam a quadros abcedados, e duas a quadros necrotizantes. Em relação às colecistites crônicas agudizadas, houve menção a um caso descrito como xantogranulomatosa, um caso de colecistite abcedada e outro de

condição necro-hemorrágica associada à abscesso. Ainda, foi relatado um raro caso de colecistite crônica com componente agudo eosinofílico.

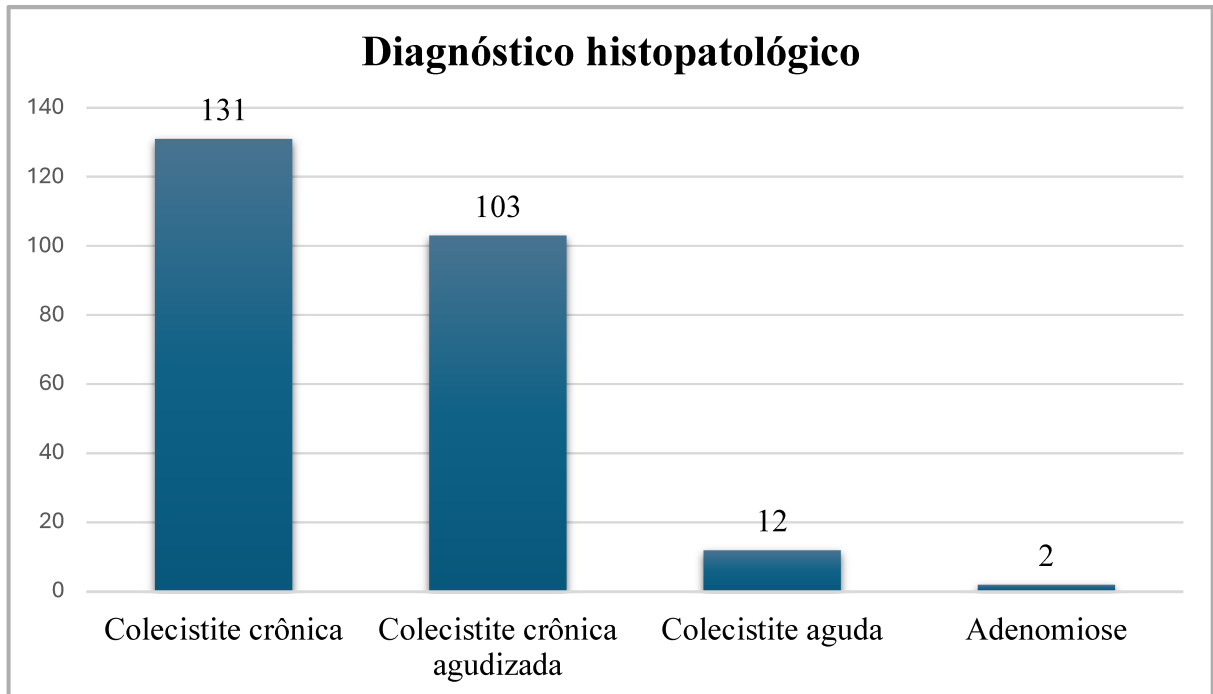


Figura 11 – Distribuição dos pacientes submetidos à Colecistectomia no HU/UFSC entre setembro de 2023 e setembro de 2024, conforme o **diagnóstico histopatológico**. (N=248)

*Foram consideradas os diagnósticos pré-operatórios presentes em ≥ 2 pacientes da amostra.

Além dos diagnósticos descritos na Figura 11, houve menção a um diagnóstico de colesterose sem colecistite e a outro de proliferação fibroblástica reacional a quadro de hepatopatia crônica, associado à extensa necrose de mucosa e submucosa. Ainda, colesterose associada foi observada em 18 pacientes.

Dentre os pacientes com diagnóstico anatomopatológico de colecistites, em 8 casos não houve evidência de cálculos vesiculares, seja por meio de exames de imagem, na descrição cirúrgica ou no anatomopatológico. Em 3 desses casos foram evidenciados cálculos fora da vesícula biliar, sendo no colédoco em dois deles e em vias intra-hepáticas em outro paciente. Nos cinco casos em que não houve evidência de calculose em via biliar, a colecistite foi, possivelmente, alitiásica.

No período analisado, ocorreram 3 óbitos pós-colecistectomia, uma taxa de aproximadamente 1,2% (Figura 15), devido às seguintes causas: choque séptico de origem presumida biliar, associado a episódio de broncoaspiração; sepse de foco pulmonar associada à insuficiência respiratória aguda devido à quadro de pneumonia; e choque séptico de origem presumida biliar. Não houve nenhum óbito intraoperatório.

DISCUSSÃO

A colecistectomia é uma das cirurgias abdominais mais realizadas no Brasil, com mortalidade e índices de complicações muito baixos (24). Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2020 foram realizadas mais de dois milhões de colecistectomias pelo Sistema Único de Saúde, evidenciando a importância do estudo do perfil clínico e epidemiológico que envolve essa operação em cada local (24).

Irigonhê *et al* (16), em trabalho que avaliou 385 pacientes colecistectomizados, verificou um percentual de 69% dos indivíduos do sexo feminino. Ramirez-Geraldo *et al* (25) e Lobo *et al* (2), em seus estudos, também obtiveram maiores percentuais femininos em suas amostras, equivalentes a 61,8% e 69%, respectivamente. Na casuística analisada por este estudo, o sexo feminino apresentou amplo predomínio sobre o masculino, ao corresponder a cerca de 68% dos pacientes submetidos à colecistectomia. Isso pode ser explicado pela exposição hormonal ao estrogênio, que contribui para a formação de cálculos de colesterol, e à progesterona, que retarda a movimentação da vesícula biliar, influenciando na patogênese no sexo feminino (3).

Araújo *et al* (5) verificou a presença de 38,74% de indivíduos da etnia branca submetidos à colecistectomia, em um hospital do sudoeste goiano, em contraste com os 84,80% observados por este estudo. Tal discrepância entre os resultados observados pode ocorrer devido à maior prevalência da etnia branca no estado de Santa Catarina, correspondente a cerca de 76% da população, em comparação a 36% de população branca no estado de Goiás, de acordo com o censo 2022. Os resultados obtidos por este estudo corroboram com aqueles verificados por Mantovani *et al* (6), que constatou uma chance maior de indivíduos da etnia branca evoluírem com calculose biliar, da ordem de 1,47 vez, em comparação aos demais grupos étnicos.

Conforme a literatura atual, a frequência dos cálculos biliares aumenta com a idade, com elevação acentuada após os 40 anos (26). A redução na ação da enzima colesterol-7-alfa-hidroxilase, responsável pela primeira etapa de formação dos ácidos biliares, parece contribuir para esse fato, devido ao consequente aumento na saturação do colesterol presente na bile (27). No presente estudo, cerca de 64% dos pacientes apresentavam idade igual ou superior a 40 anos, sendo verificada uma média de idade de 46,63 anos, semelhante à média de 53,7 anos observada por Leite *et al* (28) em sua extensa revisão narrativa. Schmitt *et al* (29), em estudo realizado no mesmo Hospital catarinense, há quase 20 anos, observou uma média de idade de 48 anos, demonstrando a manutenção dessa característica no perfil epidemiológico local.

Comorbidades estavam presentes em 57,14% dos pacientes, sendo 28,98% acometidos por HAS e 10,61% por DM2, valores próximos aos obtidos por Nascimento *et al* (30), que verificou a presença de comorbidades em 63% de sua amostra de 988 pacientes, sendo 31,6% com HAS e 12,1% com DM. Dislipidemia e doença arterial coronariana (DAC), outras importantes comorbidades compreendidas como fatores de risco para a colelitíase (28), foram verificadas em 5,71% e 3,67%, respectivamente. Uma comorbidade pouco relatada pelos pacientes durante a anamnese inicial, mas verificada pelo presente estudo a partir da análise do IMC, foi a obesidade.

O IMC médio foi de 29,70 kg/m², sendo que cerca de 33% da amostra encontrava-se em sobrepeso, e 45% em algum grau de obesidade. De acordo com a literatura, o excesso de peso contribui para a supersaturação do colesterol biliar, resultando no aumento do índice de lipogenicidade e maior frequência da doença calculosa biliar (31). Os valores encontrados neste estudo estão de acordo com a fisiopatologia sugerida e aos dados observados em demais trabalhos, como o de Saltiel *et al* (32), que obteve um IMC médio de 30,1 kg/m², e de Araújo *et al* (5), em que foi verificada a presença de sobrepeso e obesidade em cerca de 41% e 36%, respectivamente.

Esteatose hepática também foi pouco referida pelos pacientes, mas analisada a partir dos exames de imagem auxiliares do diagnóstico. Essa importante integrante da Síndrome Metabólica age promovendo aumento da síntese de colesterol pelos hepatócitos, com consequente formação de bile litogênica (33). Estima-se que a condição esteja presente, na população em geral, em taxas que variam de 3 a 24% (34). Cruz *et al* (35), em estudo brasileiro que estimou a prevalência de EH em pacientes encaminhados para realização de ecografia, verificou a presença dessa comorbidade em 29,1% dos indivíduos. Neste estudo, a prevalência foi de 32,42%, valor não distante daqueles associados à população em geral.

Ainda, outro fator de risco bem descrito na literatura é a perda rápida de peso, como aquela alcançada através da cirurgia bariátrica. A perda de peso significativa em curto período parece contribuir tanto para uma redução da motilidade da vesícula biliar, como para um aumento na taxa do colesterol presente no fluido biliar (36). Neste estudo, 8 pacientes relataram história prévia de gastroplastia, uma taxa de aproximadamente 3,2% da amostra, semelhante à de 4,1% descrita por Irigonzê *et al* (16) em estudo realizado em hospital curitibano.

O caráter de internação predominante foi o de urgência, com somente 15% dos pacientes internados de maneira eletiva para a realização do procedimento. Schmitt *et al* (29), em estudo que avaliou as colecistectomias videolaparoscópicas realizadas no HU/UFSC entre 2002 e 2005, percebeu um padrão de internação diferente, com 67,9% das cirurgias realizadas de

maneira eletiva (29). A alteração desse perfil contribui para a elevação dos custos ao serviço, devido ao maior tempo de hospitalização e à chegada de casos mais graves e com maiores complicações ao HU/UFSC, com maior requerimento do uso de drenos e necessidade de terapia antimicrobiana (37).

No período analisado, 8,4% dos pacientes necessitaram de cuidados em unidade de terapia intensiva durante a internação cirúrgica. O valor observado por Irigonzê *et al* (16) foi de 5,91%, através da revisão de prontuários de pacientes submetidos a CVL eletiva. Este estudo, com uma elevada proporção de pacientes internados em caráter de urgência, evidenciou somente 4% de indivíduos com necessidade de internação eletiva em UTI, devido à indicação de monitorização pós-operatória, pela equipe de cardiologia. Evidencia-se, portanto, que o percentual mais elevado de internações em UTI, nesta amostra, parece estar associado a um grupo de maior gravidade e índice de complicações devido à internação de urgência.

Os principais diagnósticos que levaram à indicação cirúrgica, neste estudo, foram colecistite aguda, em 54,8% dos pacientes, seguida por colelitíase sem outras complicações associadas, em 18,8%, coledocolitíase, em 16%, e PAB, em 14,4% da amostra. Bass *et al* (38), em estudo que avaliou os diagnósticos na doença biliar aguda complicada, verificou a presença de colecistite aguda em 45,6% da coorte, coledocolitíase em 31,9%, e PAB em 21%. O trabalho não avaliou a incidência de litíase biliar isolada. Em análise da literatura, verifica-se que a proporção entre diagnósticos apresenta grandes variações em cada centro, a depender da especialidade, características da população e combinação entre cirurgias eletivas e de urgência em cada localidade (16,25,28,30,38). Os valores encontrados são similares aos da literatura em centros com destaque para o atendimento de urgência, embora seja verificada uma menor frequência de coledocolitíase no hospital catarinense.

Novamente, com a predominância de diagnósticos pré-operatórios agudos, é visível um atraso no tratamento das afecções das vias biliares na localidade. De acordo com o Portal da Lista de Espera do SUS de Santa Catarina, até a data de 07 de abril de 2025, há um total de 371 indivíduos aguardando a realização de cirurgia de CVL eletiva no HU/UFSC, o que corresponde a um tempo de espera de 2335 dias, ainda desconsiderando possíveis cenários de ampliação dos atendimentos de urgência. É evidente, portanto, que tal descompasse entre as vagas ofertadas e a demanda populacional local pelo procedimento, contribui para que a calculose biliar evolua para quadros complicados, de maior gravidade e, conseqüentemente, com necessidade de tratamentos mais onerosos ao sistema público de saúde.

Os diagnósticos pré-operatórios no HU/UFSC, em geral, foram apoiados por exames de imagem. De acordo com a literatura atual, a ultrassonografia é um dos principais exames de

imagem utilizados, com uma especificidade aproximada de 99%, o padrão-ouro para a avaliação de doenças biliares extra-hepáticas (28). Nesta casuística, a USG também se destacou como o principal método auxiliar dos diagnósticos pré-operatórios, seja para a colelitíase, colecistites ou coledocolitíase.

Embora a via de acesso laparoscópica esteja consolidada na literatura como o padrão-ouro para a realização de colecistectomias, no Brasil, a principal via utilizada é a laparotomia, requerida em cerca de 67% das operações. Esse cenário é explicado pela baixa densidade tecnológica em muitos centros hospitalares, além da inexperiência profissional ainda frequente (24). Por outro lado, na presente instituição hospitalar, referência do estado na realização de colecistectomia, foi observado importante predomínio da via laparoscópica, com somente 1% dos procedimentos realizados pela via aberta. A escolha da via minimamente invasiva contribui para melhores resultados operatórios, associados a menores tempos de recuperação e de permanência hospitalar (3).

Apesar das vantagens evidentes da abordagem laparoscópica, em algumas ocasiões é necessária sua conversão. Em geral, essa não é uma falha ou complicação do procedimento, na verdade, é a medida necessária a fim de se evitar ambas (18). A taxa de conversão relatada na literatura varia de 2 a 15%, com média aproximada de 5% (39). Nesta casuística foi apurada uma taxa diminuta, de 2%, sendo as principais causas a dificuldade técnica e de identificação das estruturas durante o procedimento.

A média global de tempo operatório foi de 96 minutos, variando entre 71,4 minutos na cirurgia eletiva e 100,2 minutos no procedimento de urgência. Araújo *et al* (5), em amostragem incluindo unicamente operações eletivas, observou uma média de 69,45 minutos. Tavares *et al* (40), em trabalho que comparou o tempo cirúrgico da colecistectomia por laparoscopia e laparotomia, verificou uma média de 60,257 minutos na laparoscopia, sendo de 65,6 minutos na operação de urgência. O tempo operatório médio nesta amostragem foi, portanto, mais elevado do que aquele observado na literatura médica atual. Destaca-se, no entanto, que o HU/UFSC, por ser um hospital universitário, apresenta grande parte das cirurgias conduzidas por cirurgiões em formação, o que pode ter contribuído para o aumento do tempo operatório.

O tempo de permanência apresentou uma média global de 197,38 horas, o que corresponde a mais de 8 dias de duração. Na internação eletiva, o valor médio correspondeu a 61,79 horas, enquanto maiores tempos de permanência hospitalar foram necessários na internação de urgência, com média equivalente a 221,68 horas. Felício *et al* (41), em trabalho brasileiro com amostra ampla de 98716 pacientes, verificou uma média de permanência hospitalar de 5,8 dias para a operação eletiva, e de 10,5 dias para a operação de urgência. No

presente estudo, os valores foram similares, mas com médias ainda menores do que aquelas observadas em território nacional.

Colangiografia intraoperatória foi realizada em 8,8% da amostra, com evidência de cálculos ductais em 31,8% dos procedimentos realizados. Livingston *et al* (42) estudou o prontuário de 572 pacientes submetidos à colecistectomia, com um total de 33% indivíduos submetidos à CIO, e presença de cálculos em ducto biliar comum em 30,15% da amostra. Apesar do menor número de colangiografias realizadas, nesta casuística, a proporção de cálculos identificados em via biliar foi muito semelhante.

Para o tratamento de colelitíase associada à coledocolitíase, a CPRE associada à CVL, de forma pré, intra ou pós-operatória, é uma opção amplamente aceita e defendida na literatura (21). Foi verificada a realização de CPRE em 39 pacientes, com identificação e saída de cálculos em 71,8% dos casos, valor similar ao verificado por Filho *et al* (43), em estudo com 158 indivíduos submetidos à CPRE, que obteve a confirmação do diagnóstico de Coledocolitíase em 69,7% dos pacientes. Pancreatite pós-CPRE foi complicação presente em 15,38% dos pacientes que realizaram o procedimento, percentual maior do que aquele verificado na literatura atual, que varia entre 1 e 13,5% (43).

O principal diagnóstico histopatológico foi o de colecistite crônica, em 52,82%, seguido por colecistite crônica agudizada, em 41,53%, e colecistite aguda, em 4,84%. Houve somente um caso sem evidência de alteração histológica inflamatória da vesícula biliar, o que demonstra uma adequada avaliação e indicação da realização do procedimento por parte dos profissionais do HU/UFSC.

Foram relatadas complicações intraoperatórias, com exceção às anestésicas, em 0,8% das cirurgias realizadas, sendo uma de laceração hepática, e uma de lesão térmica em duodeno. Irigónhê *et al* (16) obteve um percentual similar, de 1,28%, que correspondeu, principalmente, a hemorragias. A frequência de óbitos durante a internação cirúrgica foi de 1,2%, e decorreram de quadros de choque séptico. Nascimento *et al* (30) reconheceu uma frequência semelhante de 0,8% de óbitos em seu estudo. Tais comparações demonstram que, apesar dos casos de maior urgência e gravidade que chegam ao HU/UFSC, e da realização das cirurgias compartilhada por cirurgiões em formação, a condução das operações e demais terapêuticas está sendo satisfatória e garantindo conformidade com as complicações intraoperatórias e frequência de óbitos já previstos pela literatura.

O presente estudo verificou o perfil dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC, entre setembro de 2023 e setembro de 2024, permitindo amplo conhecimento acerca dos padrões epidemiológicos e clínicos que envolvem a indicação do procedimento de retirada

da vesícula biliar na localidade. Diante dos resultados expostos e discutidos, torna-se possível o aprimoramento das práticas médicas às características regionais, bem como melhor direcionamento dos recursos, práticas e condutas locais.

Apesar de sua evidente importância, é necessário considerar que este trabalho apresenta limitações. A avaliação retrospectiva do perfil dos pacientes submetidos à colecistectomia foi realizada a partir de prontuários de um hospital universitário. Está, portanto, sujeita ao preenchimento incorreto ou inadequado de informações críticas, não somente por parte dos profissionais especializados, como também dos estudantes e cirurgiões em formação que contribuem para o preenchimento das fichas hospitalares. Ainda, este estudo não verificou informações, igualmente importantes, para a melhor avaliação dos resultados hospitalares relacionados à colecistectomia, como o índice de complicações pós-operatórias precoces e tardias, bem como complicações intraoperatórias anestésicas. Portanto, são necessárias novas pesquisas para complementar os achados discutidos e ampliar os conhecimentos a respeito do tema.

CONCLUSÃO

- 1) O perfil clínico e epidemiológico mais comum dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC, durante o período de setembro de 2023 a setembro de 2024, foi caracterizado por: sexo feminino, etnia branca, procedência de Florianópolis, idade média de 46,63 anos, com presença de comorbidade associada e IMC médio de 29,70 kg/m².
- 2) Os dados obtidos com a realização das colecistectomias no HU/UFSC, no período estudado, apresentam resultados similares aos da literatura médica disponível.

REFERÊNCIAS

1. Matos LMG, Zuffo GR, Telles LG, Sigwalt MF, Santos EAA. Trato biliar: variações anatômicas e sua importância na prática cirúrgica. *Biosci J*. 2022 Nov 1;80(2):30.
2. Lobo GLA, Coelho GA, Mateus CE. Análise do perfil de pacientes com indicação de colecistectomia por colelitíase no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Rev Med Paraná*. 2020;78(1):21–7.
3. Gomes RL, Andrade AFF, Oliveira GL, Amaral JO, Dornelas MCS. Colelitíase: uma revisão abrangente sobre a epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico, abordagem conservadora e cirúrgica. *Braz J Health Rev*. 2024 Mar 6;7(2):e67850.
4. Alves JR, Klock DM, Ronzani FG, Santos SL, Amico EC. Asymptomatic cholelithiasis: expectant or cholecystectomy. A systematic review. *Arq Bras Cir Dig*. 2023;36.
5. Araújo GM, Oliveira LSA, Bastos LMG, Assis RR, Mariosa NDF. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia em um hospital do sudoeste goiano. *Res Soc Dev*. 2022 Mar 13;11(4):e14211426991.
6. Mantovani M, Leal RF, Fontelles MJ. Incidência de colelitíase em necropsias realizadas em hospital universitário no município de Campinas-SP. 2001;28(4):259–63.
7. Santos JS, Sankarankutty AK, Salgado W Jr, Kemp R, Módena MLP, Elias J Jr, et al. Colecistectomia: aspectos técnicos e indicações para o tratamento da litíase biliar e das neoplasias. 2008;41(4):449–64.
8. Araújo PC, Figueiredo BQ, Souza BF, Araújo CVR, Silva RASR, Lucena RA, et al. Achados de imagem na colecistite aguda, suas complicações e tratamento. *Res Soc Dev*. 2022 Sep 16;11(12):e332111234801.
9. Santana JM, Barreiros PGL, Garcia HCR, Moraes ASA, Branco BB, Brito CRA, et al. Colecistopatias e o tratamento das suas complicações: uma revisão sistemática de literatura. *Braz J Health Rev*. 2021;4(1):3597–606.
10. Roque CF, Silveira APO, Assumpção PV, Castro FB. Aspectos definidores da colecistite aguda litiásica: uma revisão integrativa de literatura. *Res Soc Dev*. 2024 Oct 8;13(10):e31131047059.
11. Araújo SRS, Abreu LPGC, Freitas LCD, Frazão CR, Santana NS, Santos AIS, et al. Colangiorressonância no diagnóstico da coledocolitíase. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2023 Jun 24;23(6):e13081.

12. Rodrigues L, Costa O, Cirilo O, Da L, Neto F. Colangite aguda: da tríade de Charcot aos critérios de Tóquio. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2021;19.
13. Osvaldt AB, Viero P, Sérgio M, Costa TB, Bersch VP, Wendt LR, et al. Pancreatite aguda biliar: um estudo de coorte prospectivo. *Rev HCPA*. 2001;21.
14. Silva ALF, Nemitz RB, Pires RS, Pereira EMOA, Barroso ZA. Colecistectomia: uma análise de complicações entre técnicas de reparo aberto e fechado. *Braz J Implant Health Sci*. 2024 Jul 17;6(7):1596–608.
15. Henriques AC, Pezzolo S, Gomes M, Godinho CA, Bagarollo CA. Colecistectomia videolaparoscópica ambulatorial. 2001;28(1):27–9.
16. Irigonhê ATD, Franzoni AAB, Teixeira HW, Rezende LO, Klipp MUS, Purim KSM, et al. Epidemiological and clinical assessment of patients undergoing videolaparoscopic cholecystectomy at a Curitiba teaching hospital. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47(1):1–8.
17. Prudêncio JVC, Serafini VL, Moretti JPZ, Sousa VA, Teodoro SP, Jesus LS, et al. Colecistectomia videolaparoscópica e convencional: comparação entre as técnicas. *Braz J Health Rev*. 2023 Apr 4;6(2):6862–72.
18. Lima EC, Queiroz FL, Ladeira FN, Ferreira BM, Bueno GP, Magalhães EA. Análise dos fatores implicados na conversão da colecistectomia. 2007 Sep-Oct;34.
19. Benjamim A, Barbosa R, Ronan L, Souza MF, Pereira RS, Ippolito GD. Espessamento parietal da vesícula biliar no exame ultrassonográfico: como interpretar. *Radiol Bras*. 2011 Nov-Dec;44.
20. Branco PESC, Franco AHS, Oliveira AP, Carneiro IMC, Rosário JR, Neves MLO, et al. Colelitíase – visão tomográfica. *Res Soc Dev*. 2023 Jun 8;12(6):e7012641807.
21. Alcantara GMS, Antonacci Júnior E, Moraes DCG, Fernandes Neto F, Caixeta DB, Silva LS, et al. Tratamento da colelitíase com coledocolitíase através de colecistectomia videolaparoscópica (CVL) e colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) intraoperativa em hospital do Alto Paranaíba – MG. *Res Soc Dev*. 2021 Nov 12;10(14):e507101422300.
22. Kleinubing DR. Colangiografia intraoperatória durante a colecistectomia: seletiva ou de rotina? Revisão sistemática e metanálise [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2023. 173 p.
23. Sousa PA, Lugli BC, Oliveira RHR, Moraes LO, Vêras SFO, Bedim ITN, et al. Colangiografia intraoperatória na prevenção de lesão do ducto biliar em colecistectomia laparoscópica. *Cent Pesqui Av Qual Vida*. 2024 Mar 31;16(1):1.

24. Coutinho LS, Penna MB, Maia LMO. Análise epidemiológica do perfil das colecistectomias realizadas no Brasil nos últimos 10 anos. *Rev Saude*. 2022 Mar 16;13(1):67–72.
25. Ramírez-Giraldo C, Rosas-Morales C, Vásquez F, Isaza-Restrepo A, Ibáñez-Pinilla M, Vargas-Rubiano S, et al. Laparoscopic cholecystectomy in super elderly (> 90 years of age): safety and outcomes. *Surg Endosc*. 2023 Aug 1;37(8):5989–98.
26. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012;6:172–87.
27. Acalovschi M. Cholesterol gallstones: from epidemiology to prevention. *Postgrad Med J*. 2001 Apr;77(906):221–9.
28. Leite RR, Gomes SMB, Sousa JL, Ferreira ISB, Ferreira SB. Epidemiological and clinical profile of patients undergoing cholecystectomy: a narrative review. *Disciplinarum Sci*. 2024;25(1):297–312.
29. Schmitt GL. Colecistectomia videolaparoscópica no Hospital Universitário/UFSC [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 29 p.
30. Nascimento LN, Ribeiro Neto G, Silva FC, Oliveira SCV. Prevalência e fatores associados à mortalidade de pacientes submetidos a colecistectomia em um hospital público do Sul do Brasil no período de 2015 a 2020. *Res Soc Dev*. 2023 Jan 1;12(1):e3112139221.
31. Kebkalo A, Tkachuk O, Reyti A, Chanturidze A, Pashunskyi Y. Surgical treatment of acute cholecystitis in obese patients. *Pol J Surg*. 2020 Aug 27;92(5):1–5.
32. Saltiél RV, Pedrini A, Paulin E. Perfil dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes na Grande Florianópolis-SC. *Arq Cienc Saude UNIPAR*. 2011;15(2):173–9.
33. Silva CGF, Ramos ACS, Oliveira JLP, Aquino IP, Pereira PHA, Andrade Júnior J, et al. Colelitíase: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. *Braz J Dev*. 2023 May 17;9(5):16758–69.
34. Cotrim HP, Parise ER, Oliveira CPMS, Leite N, Martinelli A, Galizzi J, et al. Nonalcoholic fatty liver disease in Brazil: clinical and histological profile. 2011.
35. Cruz JF, Cruz MAF, Neto JM, Santana DS, Oliveira CC, Lima SO. Prevalência e alterações ecográficas compatíveis com esteatose hepática em pacientes encaminhados para exame de ultrassonografia abdominal em Aracaju, SE. *Radiol Bras*. 2016 Jan 1;49(1):1–5.

36. Littlefield A, Lenahan C. Cholelithiasis: presentation and management. *J Midwifery Womens Health*. 2019 May;3:289–97.
37. Lescowic WRA, Okuhara MKS, Pinto RD. Avaliação dos resultados entre a colecistectomia laparoscópica eletiva ou de urgência. *Rev Med (Rio J)*. 2020;99(3):266–71.
38. Bass GA, Gillis A, Cao Y, Mohseni S, Shamiyeh A, Rosetti L, et al. Patterns of prevalence and contemporary clinical management strategies in complicated acute biliary calculous disease: an ESTES ‘snapshot audit’ of practice. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2022 Feb 1;48(1):23–35.
39. Larson GM, Vitale GC, Casey J, Evans JS, Gilliam G, Heuser L, et al. Multipractice analysis of laparoscopic cholecystectomy in 1,983 patients. *Am J Surg*. 1992;163(2):221–6.
40. Tavares GO, Koch IHF, Penha CT, Nabut N. Comparação do desfecho e tempo operatório entre laparotomia e laparoscopia no tratamento de colelitíase. *Braz J Health Rev*. 2021;4(5):22921–33.
41. Felício JO, Matos EP, Cerqueira MA, Farias WSF, Silva RA, Torres MO, et al. Mortalidade da colecistectomia videolaparoscópica de urgência versus operação eletiva para colecistite aguda. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2017;30(1):47–50.
42. Livingston EH, Miller JAG, Coan B, Rege RV. Indications for selective intraoperative cholangiography. *J Gastrointest Surg*. 2005;9(9):1371–7.
43. Filho PFD, Campos T, Kuryura L, Belotto M, Silva RA, Pacheco Júnior AM. Avaliação de complicações relacionadas à CPRE em pacientes com suspeita de coledocolitíase. *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):114–8.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

ANEXO A) PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À COLECISTECTOMIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Rafael Pigozzi Cabral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83317124.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.174.059

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores:

Resumo:

Este estudo tem por objetivo traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia em um hospital de referência no procedimento. Trata-se de um estudo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo, a ser desenvolvido no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), a partir da coleta de informações em prontuários físicos e eletrônicos associados ao procedimento de colecistectomia e suas derivações (p.ex. colecistectomia videolaparoscópica).

Hipótese:

O perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia, no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), é compatível com aquele observado na literatura médica disponível.

Desfecho Primário:

Variáveis associadas ao perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.174.059

colecistectomia no HU/UFSC, sendo elas: sexo, idade no momento da cirurgia, etnia, procedência, comorbidades, classificação pré-operatória ASA (Sociedade Americana de Anestesiologistas), manifestações clínicas associadas, caráter de internação, exames complementares, diagnóstico préoperatório, tempo entre o diagnóstico e a cirurgia, tempo de permanência hospitalar, via de acesso, complicações intraoperatórias, taxa de conversão para cirurgia aberta, indicações de conversão, diagnóstico histopatológico, complicações pós-operatórias precoces, necessidade de reoperação, indicações de reoperação e óbitos.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário:

O presente estudo tem por objetivo principal traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes submetidos à colecistectomia no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC), durante o período de setembro de 2023 a setembro de 2024, e comparar os dados obtidos com os da literatura médica disponível.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos:

Essa pesquisa foi projetada de modo a apresentar riscos mínimos aos envolvidos. Por se tratar de um estudo observacional, nenhuma conduta será tomada em relação ao tratamento dos pacientes. Contudo, como em qualquer estudo, os participantes estão sujeitos à quebra do sigilo. Visando reduzir ao extremo essa possibilidade, todos os dados serão manipulados exclusivamente pela pesquisadora e seu orientador, em local isento de exposição, referindo à cada participante por meio de um código previamente estabelecido e aleatório, sem qualquer menção a informações pessoais.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, destaca-se a importância desta pesquisa para identificar o perfil dos pacientes submetidos à colecistectomia no HU/UFSC. Sendo esse um dos procedimentos mais realizados no Hospital, e que apresenta uma crescente importância devido ao aumento nos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.174.059

fatores de risco da população, é fundamental a atualização periódica acerca do perfil dos pacientes e dos resultados obtidos na realização dessa cirurgia para o constante aperfeiçoamento da tomada diagnóstica e terapêutica. Portanto, este trabalho poderá possibilitar não somente um banco de dados de qualidade acerca do procedimento, como também uma reflexão e maior direcionamento das práticas médicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pendência apontada no parecer da versão anterior foi resolvida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2419252.pdf	13/10/2024 10:18:29		Aceito
Outros	TCUD.pdf	13/10/2024 10:18:04	Rafael Pigozzi Cabral	Aceito
Outros	Declaracao_de_anonizacao_de_dados.pdf	13/10/2024 10:17:32	Rafael Pigozzi Cabral	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	11/09/2024 20:49:09	Rafael Pigozzi Cabral	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_institucional.pdf	11/09/2024 18:17:27	Rafael Pigozzi Cabral	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	11/09/2024 18:15:59	Rafael Pigozzi Cabral	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 7.174.059

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 21 de Outubro de 2024

Assinado por:
Danielle O Mamed
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br