



Universidade Federal da Paraíba - UFPB
Centro de Ciências Médicas - CCM
Departamento de Pediatria e Genética - DPG

**COLELITÍASE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO
RETROSPECTIVO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA PARAÍBA**

MATIAS AIDAN CUNHA DE SOUSA

João Pessoa, 2024
Paraíba

MATIAS AIDAN CUNHA DE SOUSA

**COLELITÍASE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO
RETROSPECTIVO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA PARAÍBA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à coordenação do curso de Medicina, do Centro de Ciências Médicas (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como parte dos requisitos para a obtenção de grau de bacharel em Medicina.

Área de concentração: Cirurgia Pediátrica
Orientador: Prof. Dr. Daniel de Albuquerque Rangel Moreira

João Pessoa, 2024
Paraíba

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S725c Sousa, Matias Aidan Cunha de.

Colelitíase em crianças e adolescentes: um estudo retrospectivo em um hospital terciário da Paraíba / Matias Aidan Cunha de Sousa. - João Pessoa, 2024.

34 f. : il.

Orientação: Daniel de Albuquerque Rangel Moreira.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Colelitíase. 2. Obesidade infantil. 3. Pediatria.
4. Cirurgia pediátrica. 5. Cirurgia - Aparelho digestivo. I. Moreira, Daniel de Albuquerque Rangel.
II. Título.

UFPB/CCM

CDU 617-053.2(043.2)

MATIAS AIDAN CUNHA DE SOUSA

COLELITÍASE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO RETROSPECTIVO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA PARAÍBA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado na Faculdade de Medicina da
UFPB como requisito básico para a
conclusão do Curso de Medicina.

Aprovado em 14 de novembro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

 Documento assinado digitalmente
ANA CLAUDIA SOARES PENAZZI
Data: 23/12/2024 11:06:49-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

ANA CLAUDIA SOARES PENAZZI

UFPB

 Documento assinado digitalmente
DANIEL DE ALBUQUERQUE RANGEL MOREIRA
Data: 23/12/2024 12:05:14-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

DANIEL DE ALBUQUERQUE RANGEL MOREIRA

UFPB

 Documento assinado digitalmente
JOACILDA DA CONCEICAO NUNES
Data: 23/12/2024 10:00:47-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

JOACILDA DA CONCEICAO NUNES

UFPB

À minha avó, que sonhou o início, se foi
no percurso e estará comigo até o fim.

Agradecimentos

Talvez aqui seja a principal parte deste trabalho, não somente por tudo que aprendi durante o percurso, mas sim sobre todos e todas que estiveram comigo, desde a decisão em fazer medicina, até hoje. Por isso, são muitas pessoas e gratidão (ou até mesmo “gratidões”), peço licença para que aqui seja longo, e mesmo assim curto, para agradecer a todos, ou quase todos.

Começo agradecendo ao meu alicerce, Deus, sem ele não teria acreditado nisso, ele que tocou meu coração aos quatro anos de idade para escolher a medicina, é ele que me sustenta até hoje para estar aqui. Obrigado, pois, nos momentos de choro, sua palavra foi clara e evidente: o dom dado a mim foi de cuidar das pessoas, sobretudo, dos pequenos e das pequenas.

Outro ponto de base é a minha família, representada pelo meu pai Antônio, que mesmo sem experimentar os estudos, defendeu que estudássemos. Além dele, tenho duas mulheres guerreiras que me alavancam, minha mãe Margareth e minha tia Adriana, mulheres de força, garra, fé e perseverança, que sempre me apoiaram e me guardaram, obrigado pelas longas horas de trabalho e orações dedicadas à minha formação. A minha irmã Aêda, outra mulher forte, agradeço por tudo, sobretudo, por ser minha fonte de inspiração, pois mesmo em intempéries sustentou seu desejo de estudar e hoje é uma mulher, entre outras qualificações, doutora, um orgulho. A epígrafe deste trabalho foi dedicada à minha vó Zezé que se partiu enquanto eu assistia aula de obstetrícia em uma quarta-feira de manhã, obrigado por sempre falar de mim com tanto valor, espero que daí do céu a senhora possa olhar para mim e ter orgulho. Aos demais familiares, como tios, tias, primos, primas, agregados e agregadas, meu muito obrigado.

Aos meus amigos que desde pequeno fizeram parte da minha história e trocaram comigo, além de boas gargalhadas, longos e dolorosos processos de estudos, meu muito obrigado. Aos do colégio e agregados, na figura de Douglas, Thays, Iraynne e Henrique, obrigado por sempre terem paciência comigo, sobretudo, na minha ausência. Aos do cursinho, na figura de Gisele, Matheus, Janigleyde, Hillary, Vitória, Paulo César e Joyce, obrigado pelos conhecimentos e dicas pré-vestibulares, além dos abraços e choros. Aos da faculdade, na figura de todos da turma 111 de medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e os agregados, na figura de Evellyn e Danilo, obrigado por me acolherem até quando me perdi de mim. Aos demais amigos, na figura de Letícia, Walbérico, Bruno, Alessandro, Max, Ari, Daniel, Ricardo

obrigado por me abraçarem e sempre falarem de mim aos demais com olhares de orgulho, obrigado por me acolherem em João Pessoa e me chamarem para sair, no intuito de desopilar das longas horas de estudos e trabalho.

Às instituições de ensino que se fizeram presente comigo até aqui, também sou muito grato, seria difícil nomear todos os professores e todas as professoras, então se sintam representados pelas suas instituições. Ao Centro Educacional Paulo Freire (atual escola Motivação) muito obrigado por me ensinar a ler, escrever e me encontrar como um médico em potencial, todos vocês foram importantes. Ao Centro Educacional Professora Marilene França (CEMAF), obrigado por mostrar os caminhos das pedras e me desafiar toda semana naquilo que eu acreditava ser bom, além de me fortalecer naquilo que eu acreditava ser ruim. Ao Colégio Nicanor Souto Maior por me ensinar, além de estudos, sobre a vida, a vida de uma pessoa nascida pobre, obrigado também por sempre sonharem comigo. Ao Cia do Fera, primeiro cursinho pré-vestibular, obrigado por depositar toda sorte de confiança em mim, até quando eu achava incapaz, sou grato. Ao CADE vestibulares, obrigado por terem ficado comigo no maior tempo do processo de vestibular, obrigado por ter guinado minha aprovação. Ao espaço Tereza Albuquerque, obrigado por, além de vestibular, ter me feito um ser social, dentro de um mundo que queria minha abjeção, mas que por meio de seus ensinamentos eu consigo, a cada dia, esquivar das intempéries. Ao curso Fernanda Pessoa, obrigado por me ensinar a pensar, não só ver a redação como um conjunto de palavras a serem organizadas, mas sim a serem construídas.

À UFPB, obrigado pela oportunidade de me forjar enquanto médico, não só um médico prescritor, mas um médico reflexivo, que entende a medicina para além dela própria. Foram anos de PIBIC, extensões e monitorias, colecionando publicações científicas das mais diversas formas nos mais diversos meios e nas mais diversas áreas médicas. Sempre levei e sempre levarei esta instituição como sinônimo de orgulho.

Na figura do Departamento de Promoção à Saúde (DPS) quero agradecer à Prof.^a Dra. Juliana Sampaio que foi e é uma mãe para mim, acolheu-me e depositou toda sorte de confiança, obrigado pelos ensinamentos, broncas e aprendizados, até o último dia serei grato. Na figura do Departamento de Medicina Interna (DMI) quero agradecer ao Prof. Dr. Fábio Botelho (Fabinho), pelas longas conversas no Giga sobre conselhos e ensinamentos, por ser uma fonte de inspiração quanto médico, professor e ser humano, se chegar a ser 1% do que ele é, serei um

grande médico. Na figura do Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DDIP) quero agradecer à Prof.^a Ma. Gerlânea, pelas longas conversas de incentivo aos estudos.

Na figura do Departamento de Pediatria e Genética (DPG) quero agradecer a Prof.^a Dra. Valdeez Araújo, não só pelos ensinamentos na neonatologia, mas também pelos ensinamentos de como ser um médico, sendo aquele que olhe os pequenos para além de suas doenças, suas aulas são tão didáticas que se tornam inesquecíveis, as monitorias foram mais de aprendizado a mim do que de ensinamento aos meus monitorandos. Na figura do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia (DOG) quero agradecer ao Prof. Dr. Eduardo Sérgio, que sempre esteve de ouvidos abertos a discutir o mercado da medicina, bem como demonstrar que podemos ser múltiplos e ter outras performances de vidas que transcendem (ou até mesmo se interrelacionam) com a medicina. Na figura do Departamento de Cirurgia (DC), quero agradecer ao Prof. Dr. Otacílio Figueiredo, por me mostrar que a docência em cirurgia é possível, seus ensinamentos indagadores e insistentes me fizeram ver a vascular como uma possível especialidade.

Na figura do Departamento de Morfologia (DEMORF) quero agradecer ao Prof. Dr. André Oliveira, que embora no primeiro período achasse que suas aulas eram densas, após chegar no oitavo período percebi que eram extremamente didáticas, sua dedicação ao ensino da neuroanatomia me fez ver que a docência também será meu lar. Por fim, na figura do Departamento de Fisiologia e Patologia (DFP), quero agradecer ao Prof. Dr. José Nascimento, embora em todos nossos encontros afirme que o módulo de microbiologia era detalhista demais, no fundo sempre soube e sei que todos seus ensinamentos são de extrema valia, sua dedicação inspira.

Quero agradecer ao meu orientador Prof. Dr. Daniel Rangel, que me acolheu mesmo eu vindo de uma área completamente diferente, migrar da pesquisa qualitativa para quantitativa e da Saúde Coletiva para Cirurgia, foi uma decisão difícil, mas certa. Seus ensinamentos sobre estatística, bem como Cirurgia Pediátrica foram decisivos para que neste momento, eu tenha como principal especialidade escolhida a pediatria cirúrgica.

Por fim, à banca, quero agradecer a disponibilidade, visto que mesmo antes de um feriado que se aproxima, estão aqui. Não para me julgarem se sou apto ou não a ser médico ou pesquisador, mas sim para construir junto comigo este produto científico, que irá ajudar

muitas pessoas, profissionais de saúde e pesquisas futuras. A Prof.^a Dra. Joacilda, obrigado pelos ensinamentos em hematologia pediátrica e por ser tão doce e acolhedora, nossas longas conversas no Giga serão eternizadas. A Prof.^a Ma. Ana Claudia Penazzi, obrigado pelos ensinamentos em Cirurgia Pediátrica e por me desafiar a aprender esta área tão preciosa para senhora e que em breve, para mim.

O desespero
No olhar de uma criança
A humanidade fecha os olhos pra não ver
(Filho do Dono, Flávio José)

Resumo:

Introdução: A colelitíase na faixa etária pediátrica é, em grande maioria, assintomática. Os principais fatores de risco relacionados a ela são adolescentes do sexo feminino, doenças genéticas, uso de ceftriaxona e sobrepeso. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes submetidas a colecistectomia em um hospital público terciário do estado da Paraíba. **Metodologia:** Estudo quantitativo retrospectivo, composto por crianças e adolescentes que realizaram colecistectomia videolaparoscópica em um hospital pediátrico. Excluiu-se os pacientes submetidos a colecistectomia por outras causas que não colelitíase. Os dados foram coletados por meio de prontuários, obtendo uma amostra de 59 pacientes. As variáveis analisadas foi sexo, idade, forma de admissão (urgente ou eletivo) e tempo de internação. O teste Mann–Whitney foi aplicado para comparar as medianas de peso entre os grupos, adotando um $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** A mediana de peso por sexo foi de 60 kg (IQ: 49-69,5) no sexo feminino e 61kg (IQ 49-67) no masculino, 78% (46) dos pacientes eram do sexo feminino e 22% (13) do sexo masculino. A média de idade foi de 13,5 anos, sendo 88,1% (52) adolescentes e 11,9% (7) crianças, a mediana do peso dos adolescentes foi de 62 kg (IQ 53,5-70,5) e das crianças 28 kg (IQ 20,5-30,5), com $p < 0,01$. A mediana de peso geral foi de 60 kg (IQ: 49-69 kg), 67,8% (40) dos pacientes tinham peso acima do percentil 75% e 32,2% (16) tinham peso normal. Dos 40 pacientes que tinham excesso de peso, 87,5% (35) eram adolescentes e 80% (32) era do sexo feminino. As crianças e adolescentes com excesso de peso foram as que mais realizaram colecistectomia videolaparoscópica de forma eletiva (82,5%, $n=33$), e conseqüentemente tiveram menor tempo de internação (75%, $n=30$). **Conclusão:** Para esta amostra, o peso foi em geral elevado, sendo estatisticamente significativo importante quando comparado por idade. O perfil de crianças e adolescentes acometidas por colelitíase para este estudo foi de meninas, adolescentes com excesso de peso para idade.

Palavras-chave: Colelitíase. Obesidade Infantil. Pediatria. Cirurgia Pediátrica. Cirurgia – Aparelho Digestivo.

Abstract

Introduction: Pediatric cholelithiasis is asymptomatic. The main risk factors related to female adolescents include genetic reasons, use of ceftriaxone and being overweight. **Objective:** To describe the clinical-epidemiological procedure of children and adolescents undergoing cholecystectomy in a tertiary public hospital located in Paraíba. **Methodology:** Retrospective quantitative study, composed of children and adolescents who underwent laparoscopic cholecystectomy in a pediatric hospital. Patients undergoing cholecystectomy for causes other than cholelithiasis were excluded. Data were collected through medical records, obtaining a sample of 59 patients. The variables analysed were gender, age, method of admission (urgent or elective) and length of stay, being evaluated according to weight. The Mann–Whitney test was applied to compare weight medians, adopting $p < 0.05$ as significant. **Results:** The median weight by sex was 60 kg (IQ: 49-69.5) in females and 61 kg (IQ 49-67) in males, 78% (46) of patients were female and 22% (13) male. The average age was 13.5 years, with 88.1% (52) adolescents and 11.9% (7) children, the median weight of adolescents was 62 kg (IQ 53.5-70.5) and children weighing 28 kg (IQ 20.5-30.5), $p < 0.01$. The median overall weight was 60 kg (IQ: 49-69 kg), 67.8% (40) of patients had weight above the 75th percentile and 32.2% (16) had normal weight. Of the 40 patients who were overweight, 87.5% (35) were adolescents and 80% (32) were female. Overweight children and adolescents were those who most underwent elective laparoscopic cholecystectomy (82.5%, $n=33$), and consequently had shorter hospital stays (75%, $n=30$). **Conclusion:** For this sample, weight was high, being statistically significant when compared by age. The profile of children and adolescents affected by cholelithiasis for this study was girls, adolescents who were overweight for their age.

Keywords: Cholelithiasis. Pediatric Obesity. Pediatrics. Pediatric surgery. Surgery - Digestive

Lista de ilustrações

Figura 1 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme idade e peso .	22
Figura 2 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme o sexo e peso	22
Figura 3 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme a idade, sexo e peso.....	23
Figura 4 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme peso, forma de admissão e tempo de internação.	23

Lista de abreviaturas e siglas

ALT - Alanina Aminotransferase

AST - Aspartato Aminotransferase

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CCM - Centro de Ciências Médicas

CEP - Conselho de Ética e Pesquisa

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DM2 - Diabetes Mellitus tipo 2

FA - Fosfatase Alcalina

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IMC - Índice de Massa Corporal

RCLE - Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

SM - Síndrome Metabólica

TALE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

USG - Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA	17
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 METODOLOGIA	20
4 RESULTADOS	21
5 DISCUSSÕES	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	33
ANEXO A - PARACER CONSUBSTANCIADO DO CEP	33

1 INTRODUÇÃO

A via biliar é um conjunto de ductos presentes dentro e fora do fígado que são responsáveis por armazenar e secretar a bile no intestino. No fígado, os hepatócitos produzem a bile que é transportada por diversos canalículos até desembocar nos ductos hepáticos direito e esquerdo, ambos os ductos se unem para formar o ducto hepático comum, que ao receber o ducto cístico, advindo da vesícula biliar, forma o ducto colédoco, que tem função de conduzir a bile até o duodeno. A vesícula biliar, anatomicamente dividida em fundo, corpo e colo, mede em torno de 7 a 10 cm de comprimento e tem a função de armazenar cerca de 50ml de bile (Moore, 2022). A bile é uma solução não enzimática composta por água, colesterol, lecitina, pigmentos e sais biliares com função de emulsificar as gorduras, permitindo a absorção delas na parte distal do intestino (Silverthorn, 2017)

A fisiopatologia da doença calculosa da vesícula biliar, se dá a partir da perda de solubilidade das substâncias que compõem a bile, o que culmina com a precipitação e formação de sedimentos que irão produzir cristais, dando origem aos cálculos biliares. Tais produtos precipitados podem ser por colesterol, na maioria dos casos, formando os cálculos amarelos; por bilirrubinato de cálcio, formando os cálculos marrons; ou por carbonato de cálcio, formando os cálculos pretos. Há também os cálculos mistos, compostos em sua maioria por bilirrubina (Martins et al., 2016).

Diversos fatores de risco estão envolvidos na formação da colelitíase na idade adulta, tais como pessoas com mais de 40 anos, brancas, do sexo feminino, multiparidade, obesidade, perda ponderal rápida e história familiar prévia (Lemos; Tavares; Donadelli, 2019). Já na faixa etária pediátrica, não existe definição tão objetiva quanto aos fatores de risco, sendo prevalente algumas doenças como esferocitose hereditária e anemia falciforme, fatores genéticos como a presença da variação litogênica dos genes ABCG5 e ABCG8, envolvimento de adipocinas e hepatocinas, fatores infecciosos, alimentação, uso de medicamentos como ceftriaxona, gênero feminino e obesidade infantil (Diez et al, 2021; Frybova et al, 2018; Wittenburg, 2010; Zdanowicz, 2022).

A maioria das crianças e adolescentes apresentam quadro clínico pouco sugestivo da patologia, sendo, muitas vezes, diagnosticadas no pronto-socorro quando as complicações já

aconteceram, como após um episódio de colangite aguda ou pancreatite; aumentando, assim, os índices de morbidade e mortalidade (Espercum, 2006), o que necessita mais recursos humanos e hospitalares para o tratamento, maior tempo de internação e maiores riscos de complicações pós-cirúrgicas (Chamorro et al, 2020). Nos que apresentam uma clínica mais evidente, as cólicas biliares, após alimentação rica em gordura saturada, é um sintoma importante, isso ocorre devido ao intenso estímulo para contração da vesícula biliar e liberação da bile para emulsificação das gordura no trato gastrointestinal (Pogorelic et al, 2019) uma outra apresentação é a de colecistite, que é uma complicação da doença devido a inflamação da parede da vesícula biliar, expressada por dor em hipocôndrio direito, sobretudo, pós prandial, podendo ser inicialmente difusa ou em epigástrico, náuseas e vômitos. (Dani; Câmera, 2018).

Diante disso, os exames laboratoriais e de imagem são importantes meios para o efetivo diagnóstico. Níveis elevados de bilirrubina total $\geq 1,8$ mg/d (Ignacio et al, 2023) e alterações nas enzimas hepáticas, tais como Aspartato Aminotransferase (AST), Alanina Aminotransferase (ALT) e Fosfatase Alcalina (FA) podem indicar obstrução biliar (Cohen et al, 2021). A Ultrassonografia (USG) de abdome é o exame de imagem de escolha devido ao seu fácil acesso, sendo o diagnóstico de colelitíase realizado quando há imagens hiperecóticas com sombra acústica posterior e móveis conforme decúbito do paciente (Junior, Fenelon, 2021), bem como dilatação do ducto biliar comum ≥ 6 mm (Ignacio et al, 2023).

Diversos tratamentos podem ser realizados, o de escolha é a colecistectomia, mesmo em pacientes assintomáticos (Sarrami et al, 2019). Uma revisão sistemática com 76524 casos analisou a técnica de colecistectomia videolaparoscópica em crianças e adolescentes e evidenciou tempo médio de cirurgia de 77 minutos, dois dias de pós-operatório, sendo apenas 2% revertido para o procedimento aberto. Diante disso, esse estudo concluiu que a técnica videolaparoscópica é segura em crianças, com taxas de complicações semelhantes ou comparáveis às da literatura para adultos (Mattson et al, 2023)

1.1 JUSTIFICATIVA

Há na literatura brasileira relatos de casos de crianças e adolescentes que apresentaram colelitíase. Suavinha et al (2016) relatam o de uma criança de 4 anos, nascida prematura tardia (30 semanas) apresentando uma dor em hipocôndrio e exames laboratoriais e radiológicos sugestivos de colecistite aguda por colelitíase. Já Gomes et al (2023) relatam o caso de um lactente de 6 meses, o qual apresentou icterícia e após USG foi evidenciado cálculos na vesícula biliar, sendo realizado colecistectomia videolaparoscópica. Ambos os estudos ressaltam a dificuldade no diagnóstico devido a pouca caracterização dos pacientes pediátricos acometidos por esta doença.

Os estudos internacionais, são os que apresentam maior robustez de evidência, visto que apresentam métodos de análises mais confiáveis. Kirsaciloglu et al (2016) ao analisar 254 crianças com colelitíase na Turquia evidenciaram que a maioria eram meninas adolescentes, sintomáticas, sendo a dor abdominal mais frequente, e sem identificação de fatores de risco, mas sendo predominante em quem fazia uso de ceftriaxona ou que estavam com sobrepeso ou obesidade. Chamorro et al (2020) ao avaliarem uma população pediátrica de 135 crianças em Los Angeles, nos Estados Unidos da América, evidenciaram que a colecistite, pancreatite e coledocolitíase eram as complicações mais prevalentes nesta faixa etária. Tendo a maioria da amostra realizado a cirurgia de forma urgente, com colelitíase, colecistite e coledocolitíase como principais achados cirúrgicos.

Nos últimos 10 anos (2013-2023), o Brasil teve um total de 84670 crianças e adolescentes internadas por colelitíase e colecistite, sendo sua maioria composta por meninas adolescentes de cor parda, despendendo um total de R\$47.230.993,57 de gastos em internação hospitalar (Brasil, 2024). Embora a Paraíba ocupe a 14º posição dos estados que mais internaram por colelitíase no Brasil, com um total de 2069 internações, ainda assim o estado despendeu um total de R\$1.084.156,82 para tratamento dessas crianças e adolescentes (Brasil, 2024). Nunes, Rosa e Bordin (2016) ao analisarem as internações em todas as faixas etárias de vida por colecistite e colelitíase no Rio Grande do Sul evidenciaram um gasto de 11 milhões de reais além do esperado no sistema público que poderiam ser reduzidos com a modificação dos fatores de risco e diagnóstico precoce.

Portanto, percebe-se que a calculose da via biliar despende um gasto público que poderia ser evitado com a mudança nos fatores de risco e no diagnóstico precoce, algo que para faixa etária pediátrica ainda se apresenta com um cenário pouco explorado. Como visto, a maioria dos estudos nacionais se baseiam em relatos de casos, sendo os internacionais com maior nível de evidência, o que demonstra a fundamental importância deste estudo para a literatura científica, sobretudo brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes submetidas a colecistectomia em um hospital público terciário do estado da Paraíba.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o peso das crianças e adolescentes submetidas a colecistectomia;
- Avaliar a frequência de colecistectomia em crianças e adolescentes;
- Analisar a frequência de crianças e adolescentes submetidas a colecistectomia com relação ao sexo.

3 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como sendo retrospectivo-quantitativo. O local de estudo foi o Complexo Hospital Arlinda Marques, localizado no município de João Pessoa, Paraíba. A população foi composta por crianças e adolescentes que realizaram colecistectomia videolaparoscópica no período de 2022 a 2024.

A coleta de dados se deu por revisão dos prontuários, onde obteve-se um total de 75 observações. Destes, 16 pacientes foram excluídos por terem realizado colecistectomia por causas não litiásicas, ou estarem com os prontuários incompletos. Totalizando um total de 56 pacientes que compuseram a amostra deste estudo.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, peso, forma de admissão (urgente ou eletivo) e tempo de internação. A idade foi categorizada como “crianças” para os pacientes com menos de 10 anos e “adolescentes” para os com 10 anos ou mais. O peso foi ajustado conforme sexo e idade, considerando como excesso de peso, as crianças e adolescentes acima do percentil 75% (CDC, 2000).

Os dados foram organizados em planilha de Excel e por meio do software Stata foi realizada análise exploratória dos dados, utilizando-se da frequência absoluta e relativa das variáveis qualitativas e mediana e intervalo interquartil para as variáveis quantitativas. Quando necessário, o teste Mann–Whitney foi aplicado para comparar as medianas de peso, considerando $p < 0,05$ como significativo.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências Médicas, da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCM/UFPB), com parecer favorável a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TALE) e do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), obtendo o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 77571224.1.0000.8069.

4 RESULTADOS

A média de idade para esta amostra foi de $13,5 \pm 3,9$ anos, sendo a menor idade de 3 anos e a maior de 18 anos. A mediana do peso dos adolescentes foi de 62 kg (IQ 53,5-70,5) e as crianças 28 kg (IQ 20,5-30,5) com p-valor significativo ($<0,01$). A mediana de peso por sexo foi de 60 kg (IQ: 49-69,5) no sexo feminino e 61kg (IQ 49-67) no masculino. Os casos de urgência tiveram mediana de 60 kg (IQ 60 - 62,5) e os eletivos 60 kg (IQ 49-70). Já os pacientes que tiveram menos de 3 dias de internação tiveram mediana de 60 kg (IQ 49-69) e os com mais de 3 dias 58,5kg (IQ 49-65,3) (Tabela 01).

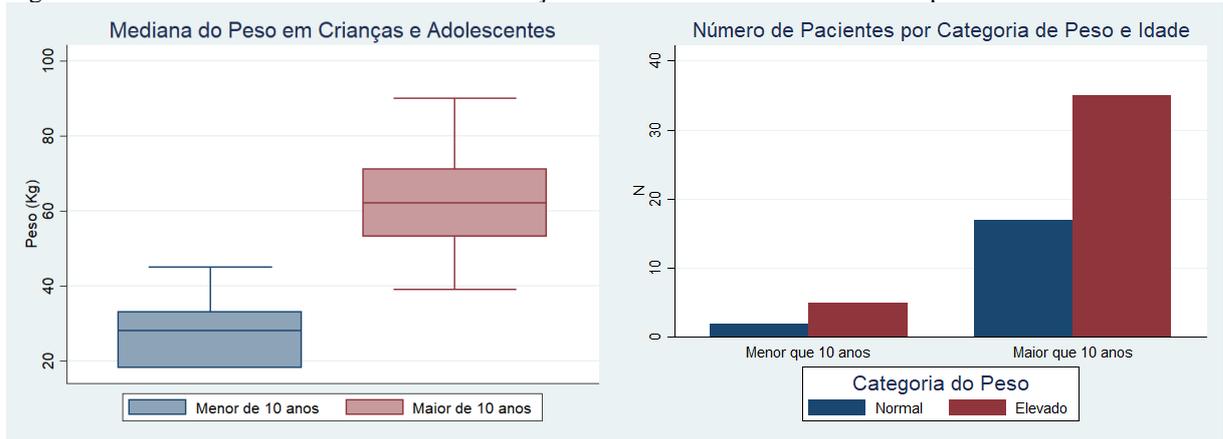
Tabela 1 - Descrição do perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes submetidas a colecistectomia em um hospital público terciário do estado da Paraíba

Variável	Total		Peso Normal		Excesso de Peso		Medianas (Kg)	p-valor
	n	%	n	%	n	%		
Idade								< 0,01
Criança	7	11,9	2	3,4	5	8,5	28(IQ:20,5-30,5)	
Adolescente	52	88,1	17	28,8	35	59,3	62(IQ:53,5-70,5)	
Sexo								0,905
Feminino	46	78	14	23,7	32	54,2	60(IQ:49-69,5)	
Masculino	13	22	5	8,5	8	13,6	61(IQ:49-67)	
Admissão								0,606
Urgente	11	18,6	4	6,8	7	11,9	60(IQ:60-62,5)	
Eletivo	48	81,4	15	25,4	33	55,9	60(IQ:49-70)	
Tempo de Internação								0,568
< 3 dias	43	72,9	13	22	30	50,8	60(IQ:49-69)	
> 3 dias	16	27,1	6	10,2	10	16,9	58,5(IQ:49-65,3)	

Fonte: autores, 2024

No grupo crianças, mais pacientes ficaram abaixo da mediana, enquanto no dos adolescentes, mais ficaram acima da mediana. Dos 40 pacientes que tinham excesso de peso, 87,5% (35) eram adolescentes, enquanto 12,5% (5) eram crianças (Figura 1).

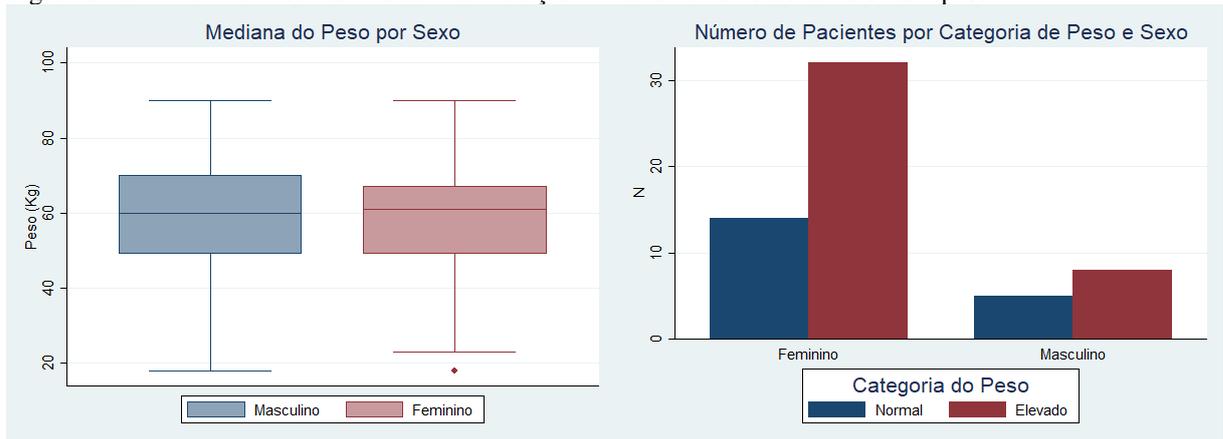
Figura 1 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme idade e peso



Fonte: autores, 2024

Já quando ajustado conforme o sexo, o grupo do sexo masculino teve mais pacientes que ficaram inferiores à mediana. O sexo feminino totalizou 80% (32) das crianças e adolescentes com excesso de peso (Figura 2).

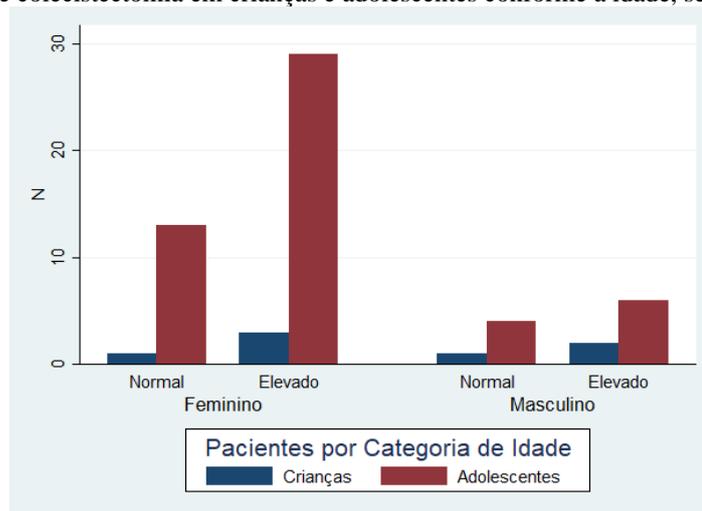
Figura 2 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme o sexo e peso



Fonte: autores, 2024

Para esta amostra, o perfil clínico-epidemiológico da colelitíase na faixa etária pediátrica foi de adolescentes do sexo feminino com excesso de peso, visto que 88,1% (52) dos pacientes eram adolescentes, 78% (46) do sexo feminino e 67,8% (40) dos pacientes tinham peso acima do percentil 75% (Tabela 01). A Figura 03 ajusta o peso conforme idade e sexo e reforça este perfil de crianças e adolescentes acometidas por colelitíase.

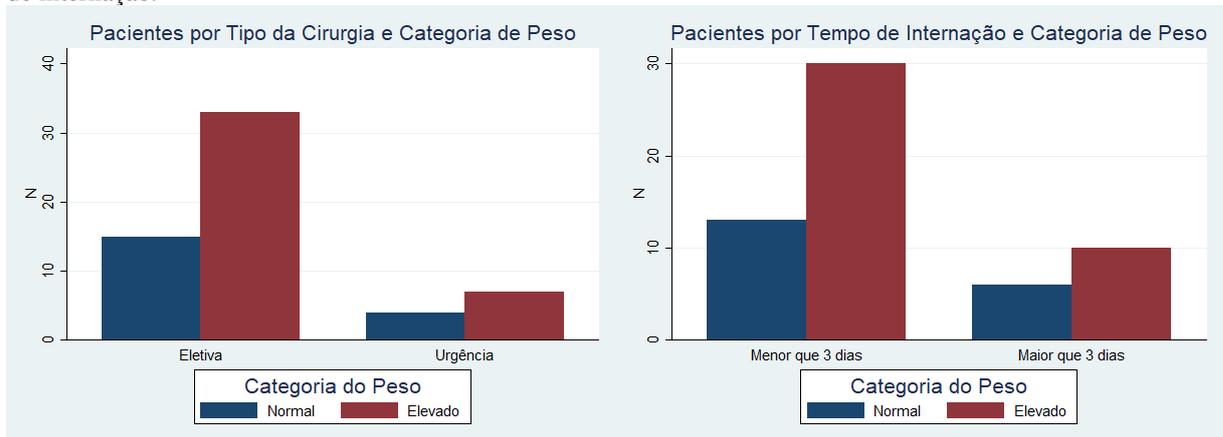
Figura 3 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme a idade, sexo e peso.



Fonte: autores, 2024

As crianças e adolescentes com excesso de peso foram as que mais realizaram colecistectomia videolaparoscópica de forma eletiva (82,5%, n=33) e tiveram menor tempo de internação (75%, n=30) (Figura 4).

Figura 4 - Incidência de colecistectomia em crianças e adolescentes conforme peso, forma de admissão e tempo de internação.



Fonte: autores, 2024

5 DISCUSSÕES

A obesidade infantil tem se tornado uma epidemia de saúde pública mundial, afetando grande parte dos países (SBP, 2019). No Brasil, 38,5% das crianças e adolescentes têm excesso de peso (Almeida, 2011). O excesso de peso, caracterizado como sobrepeso ou obesidade, é uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) de origem multifatorial, tendo ação genética, nutricional, metabólica, socioeconômica, ambiental e de estilo de vida (SBP, 2019).

A transição nutricional é um fator considerável para essa epidemia. Antes o país tinha como principal problema de saúde pública a desnutrição, mas atualmente o excesso de peso tem preocupado órgãos de saúde brasileiro (Pinheiro, Freitas e Corso, 2004). A urbanização aumentou a oferta de alimentos ultraprocessados (biscoitos recheados, salgadinhos, refrigerantes, sucos industrializados, bolos, achocolatados) às crianças e adolescentes (Fonseca, Drumond, 2018) e o maior tempo de uso de telas sedentarizou a população pediátrica, comprometendo o desenvolvimento cognitivo e social, bem como aumentando o peso (Straker, Pollock, 2007).

Morrison et al (2008) ao avaliarem por 30 anos crianças e adolescentes com Síndrome Metabólica (SM) evidenciaram que a presença de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) na idade adulta foi associada à presença de SM na infância. O Índice de Massa Corporal (IMC) adulto foi associado ao IMC da infância, sendo que a cada 10 pontos de aumento no IMC infantil era acrescido o risco de 25% de desenvolver SM na fase adulta. Outras patologias relacionadas à obesidade infantil são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dislipidemias, esteatose hepática, doenças cardiovasculares e respiratórias, bem como problemas ergonômicos (Alvarenga et al, 2013). Nesta pesquisa, 67,8% dos pacientes têm peso acima do percentil 75%, evidenciando que a colelitíase na faixa etária pediátrica também pode ser uma consequência do excesso de peso.

O sobrepeso e a obesidade na adolescência variam em torno de 20% (Conceição-Machado et al, 2012) e está relacionada a diversos agravos à saúde, desde os já citados, até o aumento de ácido úrico e presença de *acanthosis nigricans*, indicando resistência insulínica (Carneiro et al, 2000). Neves et al (2021) destacam que o excesso de peso na adolescência tem causas biológicas, sociais e nutricionais, afetando o crescimento e o desenvolvimento físico, bem como as questões de sociabilidade e emocionais.

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2017) evidenciam que em 2016 existiam 50 milhões de meninas e quase 74 milhões de meninos em excesso de peso, já Rosaneli et al (2012) evidenciaram que crianças do sexo masculino apresentam 17% mais risco de ter sobrepeso que crianças do sexo feminino. Indo de encontro, na amostra deste estudo, 78% (46) das crianças e adolescentes eram do sexo feminino, isso pode significar que apesar dos meninos terem risco aumentado para excesso de peso, aparentemente as meninas desenvolvem complicações mais precocemente necessitando da realização de colecistectomia.

A constituição bioquímica dos cálculos de vias biliares em crianças e adolescentes, em sua maioria das vezes, é por colesterol (Martins et al., 2016), substância elevada em casos de excesso de peso. Sá et al (2021) evidenciam que pessoas com sobrepeso ou obesidade têm níveis de LDL-colesterol significativamente maiores que pessoas eutróficas, já Silva et al (2021) evidenciaram um aumento de 3,62 vezes de colesterol entre os adolescentes que têm excesso de peso. A produção de estrogênio durante a puberdade e o uso de pílulas anticoncepcionais combinadas por adolescentes do sexo feminino, podem ter fator influente no maior número de colelitíase, visto que o estrogênio aumenta a secreção de colesterol na bile (Zdanowicz et al, 2022).

Os resultados aqui apresentados são consistentes com estudos anteriores que destacam o perfil de adolescentes e meninas com excesso de peso como mais acometidos pela colelitíase (Wesdorp et al, 2000; Ganesh et al, 2005). Kirsaclioglu et al (2016) ao avaliarem uma amostra de 254 crianças e adolescentes com colelitíase em um hospital da Turquia, evidenciaram uma idade média de $8,9 \pm 5,2$ anos, 53% de sexo feminino, ser adolescente com associação estatística com a patologia e 13,4% da amostra com excesso de peso, sendo este o segundo fator mais importante para o desenvolvimento da colelitíase. Contudo, vale pontuar que na nossa amostra, a idade média foi mais elevada ($13,5 \pm 3,9$ anos) com um maior percentual do sexo feminino (78%) e uma taxa cinco vezes maior (67,8%) de pacientes com excesso de peso.

Essa diferença nos dados pode estar atrelado ao fato de que o estudo de Kirsaclioglu et al (2016) foi realizado com crianças e adolescentes as quais tinham nascidos antes dos anos 2000, onde a tecnologia e o consumo de alimentos ultraprocessados eram iniciais. Já os dados aqui apresentados, tem como população as crianças e adolescentes nascidas posterior aos anos 2000, podendo haver maior interferência do uso de telas e consumo de alimentos não naturais.

Entretanto, esta hipótese não pode ser testada, sendo necessário estudos futuros que a melhor avalie.

As crianças e adolescentes com excesso de peso foram as que mais realizaram colecistectomia videolaparoscópica de forma eletiva (82,5%, n=33), e consequentemente tiveram menor tempo de internação (75%, n=30) (Tabela 01, Figura 04). A colelitíase na faixa etária pediátrica, por ser uma doença assintomática, em sua maioria das vezes é encontrada a partir de exames para investigação de outras patologias (Espercum, 2009). As pessoas com comorbidades tendem a frequentar mais os serviços de saúde (Neves et al, 2021), talvez por isso elas tenham estes achados mais precoces, podendo a intervenção acontecer antes dos desfechos negativos. Uma outra hipótese é que a maioria dos pacientes da nossa amostra apresentaram cólica biliar inicialmente, sem maiores complicações, o que levou ao diagnóstico e indicação da colecistectomia videolaparoscópica antes das complicações acontecerem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A colelitíase na faixa etária pediátrica é uma patologia em crescente número de incidência, contudo ainda pouco explorada, sendo seus fatores desencadeantes ainda incertos, sobretudo, quando leva em consideração o cenário brasileiro. Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico-epidemiológico da colelitíase em crianças e adolescentes submetidas a cirurgia videolaparoscópica. Para esta amostra, o perfil foi composto por adolescentes, do sexo feminino e com excesso de peso, sendo a doença inicialmente de curso benigno, visto que são admitidas mais de forma eletiva e com menor tempo de internação após a colecistectomia videolaparoscopia.

Com este perfil delineado, é possível perceber quais crianças e adolescentes estão mais propensas a desenvolver tal doença, podendo intervir antes que as complicações aconteçam. Torna-se imprescindível a investigação da colelitíase na faixa etária pediátrica, sobretudo em meninas adolescentes com excesso de peso, para que assim a intervenção possa acontecer de forma oportuna. Para esta amostra, a obesidade infantil se apresentou com forte influência no perfil da colelitíase, sendo assim de suma importância a intervenção preventiva e precoce desta patologia.

Este estudo tem como fator limitante ser de centro único, o que pode ter contribuído para não associação estatística. Todavia, os dados ora levantados estão concomitantes com o da literatura internacional, demonstrando a importância desta análise. Ademais, até o presente momento, nenhum outro estudo similar a este foi desenvolvido no Brasil, reafirmando a relevância desta pesquisa para literatura científica, sobretudo, brasileira. Ainda assim, destaca-se que análises futuras com mais participantes, multicêntricas e com outras metodologias precisam ser realizadas para que o perfil clínico-epidemiológico possa ser mais bem definido.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.C.D. **Alterações antropométricas e metabólicas em escolares de seis a nove anos do município de Vitória-ES**. 2011. 63p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

ALVARENGA, W. DE A. et al. Fatores determinantes e condicionantes para o sobrepeso e a obesidade em pré-escolares: uma revisão integrativa. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 4, p. 216–222, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). c2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.

CARNEIRO, J. R. I. et al. Obesidade na adolescência: fator de risco para complicações clínico-metabólicas. **Arq. bras. endocrinol. metab**, p. 390–6, 2000.

CDC. Developed by the national center for health statistics in collaboration with the national center for chronic disease prevention and health promotion (2000). Acesso em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>.

CHAMORRO, C. C. et al. Cholelithiasis and associated complications in pediatric patients. **Cirurgia Pediátrica: Organo Oficial De La Sociedad Espanola De Cirugia Pediátrica**, v. 33, n. 4, p. 172–176, 1 out. 2020.

COHEN, R. Z. et al. Creation of a Pediatric Choledocholithiasis Prediction Model. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 73, n. 5, p. 636–641, 1 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000003219>.

CONCEIÇÃO-MACHADO, M. E. P. et al. Hypertriglyceridemic Waist Phenotype: Association with Metabolic Abnormalities in Adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 1, p. 56–63, 1 jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.02.009>.

DANI, R.; Câmara, H.E.B. Colecistites. In: DANI, R. **Gastroenterologia Essencial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 4 ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2018.

DIEZ, S. et al. Cholelithiasis and cholecystitis in children and adolescents: Does this increasing diagnosis require a common guideline for pediatricians and pediatric surgeons? **BMC gastroenterology**, v. 21, n. 1, p. 186, 21 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12876-021-01772-y>.

ERPECUM, K. J. Complications of bile-duct stones: acute cholangitis and pancreatitis. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, Gallstone Disease**. v. 20, n. 6, p. 1139–1152, 1 jan. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2006.03.012>.

FONSECA, J. G.; DRUMOND, M.G. O consumo de alimentos industrializados na infância. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. Especial, 2018.

FRYBOVA, B.; et al. Cholelithiasis and choledocholithiasis in children; risk factors for development. **PLOS ONE**, v. 13, n. 5, p. e0196475, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196475>.

GANESH, R. *et al.* Prevalence of cholelithiasis in children--a hospital-based observation. **Indian journal of gastroenterology: official journal of the Indian Society of Gastroenterology**, v. 24, n. 2, p. 85, 2005.

GOMES, G. M. B. et al. Litíase biliar em lactente: um relato de caso. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 2, p. 7931–7943, 20 fev. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n2-117>.

IGNACIO, R. C. et al. Pediatric DUCT Score: A Highly Specific Predictive Model for Choledocholithiasis in Children. **Journal of the American College of Surgeons**, v. 236, n. 5, p. 961–970, maio 2023. DOI: 10.1097/XCS.0000000000000650.

JUNIOR, C.F.M; FENELON, S.S. Radiologia Abdominal. *In*: Junior, C.F.M. **Radiologia básica** / Carlos Fernando de Mello Junior. – 3. Ed. – Rio de Janeiro – RJ: Thieme Revinter Publicises, 2021. 256 p.

KIRSACLIOGLU, C. *et al.* Risk factors, complications, and outcome of cholelithiasis in children: A retrospective, single-centre review. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 52, n. 10, p. 944–949, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpc.13235>.

LEMOS, L.N.; TAVARES, R.M.F.; DONADELLI, C.A.M. Perfil epidemiológico de pacientes com colelitíase atendidos em um Ambulatório de cirurgia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 28, p. e947, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e947.2019>.

MARTINS M.A; CARRILHO F.J; ALVES V.A.F; CASTILHO E.A; CERRI G.G. **Clínica Médica: doenças do aparelho digestivo, nutrição e doenças nutricionais**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2016; v.4; 263-286p.

MATTSON, A. *et al.* Laparoscopic cholecystectomy in children: A systematic review and meta-analysis. **The Surgeon: Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland**, v. 21, n. 3, p. e133–e141, jun. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.surge.2022.09.003>.

MOORE, K.L. **Anatomia orientada para a clínica** / Keith L. Moore, Arthur F. Dalley, Anne M. R. Agur; tradução Claudia Lúcia Caetano de Araújo. - 8. ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. il. Tradução de: Clinically oriented anatomy ISBN 978-85-277-3459-2.

MORRISON, J.A. *et al.* Metabolic syndrome in childhood predicts adult metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus 25 to 30 years later. **The Journal of pediatrics**, v. 152, n. 2, p. 201-206, 2008.

NEVES, S. C. *et al.* Os fatores de risco envolvidos na obesidade no adolescente: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4871–4884, 15 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.30852019>.

NUNES, E. C.; ROSA, R. DOS S.; BORDIN, R. Hospitalizations for cholecystitis and cholelithiasis in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 29, p. 77–80, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-6720201600020003>.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde Brasil**. Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS; 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-emquatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820.

PINHEIRO, A. R. DE O.; FREITAS, S. F. T. DE; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v. 17, p. 523–533, dez. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732004000400012>.

POGORELIĆ, Z. et al. Gallbladder Disease in Children: A 20-year Single-center Experience. **Indian Pediatrics**, v. 56, n. 5, p. 384–386, 15 maio 2019. DOI:

ROSANELI, C. Filla. *et al.* Avaliação da prevalência e de determinantes nutricionais e sociais do excesso de peso em uma população de escolares: análise transversal em 5.037 crianças. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, p. 472-476, 2012.

SÁ, A.C.M.G.N. *et al.* Fatores associados ao LDL-Colesterol aumentado na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 541-553, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.37102020>.

SARRAMI, M. et al. Adolescent gallstones—need for early intervention in symptomatic idiopathic gallstones. **Pediatric Surgery International**, v. 35, p. 569-574, 2019. DOI: 10.1007/s00383-019-04461-w.

SILVA, N.P. *et al.* Análise da razão triglicérido/HDL-colesterol em adolescentes e relações com a obesidade abdominal e demais parâmetros antropométricos: dados do projeto erica em Recife-PE. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 15, n. 98, p. 1197-1207, 2021.

SILVERTHORN, D.U. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada** [recurso eletrônico] / Dee Unglaub Silverthorn; [tradução: Adriane Belló Klein ... et al.]; revisão técnica: Maria

Flávia Marques Ribeiro, Mauricio Krause, Paulo Cavalheiro Schenkel. – 7. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria – Departamento de Nutrologia Obesidade na infância e adolescência – Manual de Orientação / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. 3ª. Ed. – São Paulo: SBP. 2019. 236 p.

STRAKER, L.; POLLOCK, C. Optimizing the interaction of children with information and communication technologies. **Ergonomics**, v. 48, n. 5, p. 506–521, 15 abr. 2005. DOI: 10.1080/00140130400029233.

SUAVINHA, F.F. Síndrome colestática na infância: relato de caso. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 3, n. 2, p. 13-20, 2016. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/1541>

WESDORP, I. *et al.* Clinical presentations and predisposing factors of cholelithiasis and sludge in children. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 31, n. 4, p. 411-417, 2000.

WITTENBURG, H. Hereditary liver disease: Gallstones. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v. 24, n. 5, p. 747–756, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2010.07.004>.

ZDANOWICZ, K.; et al. The Etiology of Cholelithiasis in Children and Adolescents—A Literature Review. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 21, p. 13376, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijms232113376>.

ANEXOS

ANEXO A - PARACER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA COLELITÍASE NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DA PARAÍBA, BRASIL **Pesquisador:** Daniel de Albuquerque Rangel Moreira **Área Temática:**
Versão: 4

CAAE: 77571224.1.0000.8069

Instituição Proponente: UFPB - Centro de Ciências Médicas/CCM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.073.524

Apresentação do Projeto:

Pedido de Emenda ao protocolo de pesquisa

Justificativa da Emenda:

Pedimos a dispensa dos seguintes termos para a fase da pesquisa que corresponde a consulta de prontuário, isso porque os dados secundários (a exemplo de prontuários de pacientes), ficam resguardados pelo hospital, onde em alguns dos casos pesquisados não tem o contato (tais como telefone e e-mail) de todos pacientes para que possamos solicitar a dispensa. Contudo, afirmamos que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes, para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CCM; asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato do participante; asseguramos a confidencialidade e não utilização das informações obtidas para o estudo proposto em prejuízo dos participantes diretos e indiretos; e afirmamos que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil clínico-epidemiológico da colelitíase na faixa etária pediátrica de um hospital público da Paraíba, Brasil.

Objetivo Secundário:

Analisar o perfil sociodemográfico de crianças acometidas por colelitíase;
Avaliar o perfil clínico de crianças acometidas por colelitíase;
Avaliar o perfil laboratorial de crianças acometidas por colelitíase;
Avaliar o perfil ultrassonográfico de crianças acometidas por colelitíase.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A emenda proposta incide em risco previsível, tal como a perda de confidencialidade pelo acesso/consulta à prontuários de pacientes da instituição de saúde lócus da pesquisa, além daqueles riscos já descritos na versão aprovada por este CEP. No entanto, o pesquisador apresenta as forma de minimizar o risco descrito, assegurando a confidencialidade e anonimato dos dados dos participantes, utilizando os dados apenas para fins desta pesquisa e mantendo os dados coletados restritos aos pesquisadores envolvidos na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda em tela apresenta respostas às pendências citadas por este CEP em documentos distintos, ora respondido na Carta de Emenda (inserida em 10/08/2024 na Plataforma Brasil), ora no PB Informações Básicas, assim também como nas alterações realizadas no projeto detalhado. Desta forma, o pesquisador atendeu a lista de pendências e inadequações, atendendo às observâncias da Resolução CNS 466/2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes termos de apresentação obrigatória foram apresentados na versão da emenda: Projeto completo com alterações, Carta de Anuência atualizada (assinada), PB Informações Básicas, Termo para uso de documentos (assinadas) e Carta de Emenda (assinada).

Recomendações:

Recomenda-se ao pesquisador incluir documento "Pedido de dispensa de TCLE", conforme modelo disponível no site do CEP CCM

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda proposta na versão anterior não apresentava a descrição, bem como suas justificativas, dos seguintes pontos que foram alterados no projeto aprovado:

1. Alteração do cronograma de coleta de dados e do desenvolvimento da pesquisa; DESCRITA NA CARTADE EMENDA ANEXADA NA PB.
2. Alteração da amostra; DESCRITA NA CARTA DE EMENDA ANEXADA NA PB.
3. Dispensa de TCLE e TALE para a parte do estudo documental e retrospectiva; DESCRITO NAJUSTIFICATIVA DO DOCUMENTO PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DA ATUAL VERSÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA.
4. Justificar a necessidade de ampliação amostral. DESCRITA NA CARTA DE EMENDA ANEXADA NA PB.

Em relação ao protocolo de pesquisa (ajustar, uniformizar e/ou acrescentar as seguintes informações no projeto e no formulário "informações básicas do projeto":

5. Caracterizar como retrospectivo e prospectivo; PENDÊNCIA ATENDIDA.

6. Descrever no projeto que a dispensa do TCLE e do TALE aplica-se apenas a parte do estudoretrospectiva; PENDÊNCIA ATENDIDA.
7. Ajustar o cronograma para coleta de dados de acordo com a aprovação da pesquisa por este CEP;PENDÊNCIA ATENDIDA.
8. Incluir nos critérios de inclusão as crianças/adolescentes que fazem parte apenas da coleta documentalpor meio de acesso ao prontuário; PENDÊNCIA ATENDIDA.
9. Incluir no item riscos aqueles previsíveis na coleta de dados que envolve o acesso à prontuários deusuários, bem como a maneira de mitigá-los. PENDÊNCIA ATENDIDA.
10. Apresentar nova Carta de anuência e TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS para a nova etapa da pesquisa. Sugerimos ver documentos disponibilizados no site do CEP -CCM: <http://www.ccm.ufpb.br/cep/contents/menu/documentos> - PENDÊNCIA ATENDIDA.

Após análise dos aspectos éticos metodológicos referentes à Emenda ao protocolo de pesquisa emitido pelo pesquisador responsável, considera-se as alterações solicitadas viáveis e em consonâncias com às diretrizes da Resolução 466/2021 CNS, estando, portanto, sem pendências a declarar.

Considerações Finais a critério do CEP:

ç Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/ CCM, em reunião ordinária realizada em 29 de agosto de 2024.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 12 de setembro de 2024

Assinado por:
ANA ALINE LACET ZACCARA
(Coordenador(a))