



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

ABCAEL MARTINS SANTOS ALVES

**ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS**

PASSO FUNDO-RS

2018

ABCAEL MARTINS SANTOS ALVES

**ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em medicina.

Orientador: Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo
Coorientador: Prof^a. Ma. Daniela Augustin Silveira

**PASSO FUNDO-RS
2018**

PROGRAD/DBIB

ALVES, ABCAEL MARTINS SANTOS

Análise de ressecções colonoscópicas de pólipos colorretais em um centro de referência no interior do sul do país/ Abcael Martins Santos Alves. – 2018.

50.f

Orientador: Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo

Coorientadora: Prof^a. Ma. Daniela Augustin Silveira

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –
Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS, 2018.

1. Colonoscopia. 2. Pólipos. 3. Neoplasias colorretais. I.
BONADEO, NILTON MAIOLINI, orient. II. SILVEIRA, DANIELA
AUGUSTIN SILVEIRA, coorient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

ABCAEL MARTINS SANTOS ALVES

**ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de Bacharel em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul

Orientador: Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo

Coorientadora: Prof^a. Ma. Daniela Augustin Silveira

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi definido e aprovado pela banca em:

__/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo
(UFFS)

Prof^a. Ana Silvia Meira
(UFFS)

Prof. PhD. Fernando Fornari
(UPF)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi estruturado de acordo com as normas do Manual de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal da Fronteira Sul e está em conformidade com o Regulamento de TCC de graduação em medicina do Campus Passo Fundo. Este volume é composto por quatro partes: introdução, desenvolvimento contendo projeto e relatório de pesquisa, artigo científico e considerações finais. O trabalho foi elaborado pelo graduando Abcael Martins Santos Alves, nos componentes curriculares de Pesquisa em Saúde, TCC I e TCC II, nos semestres de 2017/2, 2018/1 e 2018/2, respectivamente, sob orientação do Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo e coorientação da Prof^a. Ma. Daniela Augustin Silveira. O projeto tem como objetivo verificar os aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos dos pólipos colorretais nos pacientes submetidos a exame colonoscópico por indicações diversas, a ser realizado no serviço de endoscopia digestiva no Hospital São Vicente de Paulo.

Palavras-chave: Colonoscopia. Pólipos. Neoplasias colorretais.

ABSTRACT

This Course Completion Work (TCC) was structured according to the norms of the Manual of Academic Works of Universidade Federal da Fronteira Sul and is in compliance with the Regulation of graduation in medicine of Campus Passo Fundo. This volume is composed of four parts: introduction, development containing project and research report, scientific article and final considerations. The work was prepared by the graduate Abcael Martins Santos Alves, in the curricular components of Health Research, TCC I and TCC II, in the semesters of 2017/2, 2018/1 and 2018/2, respectively, under the guidance of Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo and coorientation of Prof^a. Ma. Daniela Augustin Silveira. The aim of the project is to verify the epidemiological, endoscopic and histological aspects of colorectal polyps in patients submitted to colonoscopic examination by several indications, to be performed at the digestive endoscopy service at the Hospital São Vicente de Paulo.

Keywords: Colonoscopy. Polyps. Colorectal Neoplasms.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. DESENVOLVIMENTO	9
2.1. PROJETO DE PESQUISA.....	9
2.1.1. RESUMO INFORMATIVO	9
2.1.2. TEMA.....	9
2.1.3. PROBLEMA	9
2.1.4. HIPÓTESE	9
2.1.5. OBJETIVO	10
2.1.5.1. Objetivo Geral	10
2.1.5.2. Objetivos Específicos	10
2.1.6. JUSTIFICATIVA	10
2.1.7. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1.8 METODOLOGIA.....	13
2.1.9 RECURSOS	15
2.1.10 CRONOGRAMA	15
REFERÊNCIAS	17
APÊNDICE 1	19
APÊNDICE 2	25
APÊNDICE 3	26
2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA	29
3 ARTIGO CIENTÍFICO	30
4 ANEXOS	43
ANEXO A	43
ANEXO B	44
ANEXO C	45
ANEXO D	53

1. INTRODUÇÃO

Com base no documento World Cancer Report 2014 (STEWART et all. 2014), é indiscutível que o câncer é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. A estimativa mundial, realizada em 2012, apontou que 60% dos casos novos estimados (exceto câncer de pele não melanoma) e 70% dos óbitos previstos ocorreram nesses mesmos países (FERLAY et all. 2015).

Em 2012, os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão, seguido por mama, intestino e próstata (FERLAY et all. 2015). No Brasil, a estimativa para o biênio 2016-2017 é de cerca de 600 mil casos novos de câncer, sendo que, sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%) em homens; e os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) nas mulheres (INSTITUTO..., 2015).

O câncer de intestino encontra-se entre os tipos mais incidentes para ambos os sexos nas pesquisas nacionais e mundiais. Estimativas apontaram que para 2016, no Brasil, ocorreram 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres, correspondendo a um risco estimado de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres (INSTITUTO..., 2015).

O câncer de cólon e reto pode ser considerado uma doença dos “hábitos pessoais”, em que a incidência é maior em países com hábito alimentar rico em consumo de carnes vermelhas e gorduras, alta prevalência de obesidade e sobrepeso, consumo de álcool, tabagismo e pouca ingestão de fibras. A história familiar do câncer de cólon e reto e a idade são outros fatores de risco para o desenvolvimento da doença (WIENER et all, 2012). Desse modo, a história natural do câncer colorretal propicia condições para prevenção e detecção precoce da doença.

Métodos endoscópicos (colonoscopia e retossigmoidoscopia) são meios de detecção precoce para essa neoplasia, pois são capazes de detectar e ressecar pólipos adenomatosos e diagnosticar o câncer em estágio inicial, propiciando cura total ou um melhor prognóstico para o paciente. Países com bom acesso aos serviços de saúde apresentaram melhores taxas de sobrevivência, sendo que a média da sobrevivência global aumentou em 22 países, e ficou em torno de 60% na maioria dos

países desenvolvidos durante o período de 2005 a 2009 (INSTITUTO..., 2015).

A sobrevida do câncer colorretal (CCR) é dependente do estágio que o tumor se encontra e dos fatores associados à doença, os quais variam de acordo com a localização geográfica e cultura de uma população. É fundamental a realização de pesquisas para verificar os aspectos epidemiológicos das lesões precursoras do CCR, correlacionados às concepções endoscópicas e histológicas dos pólipos colorretais, a fim de aumentar os achados precoces com potencial curativo via ressecção endoscópica, melhorar o prognóstico e realizar a prevenção primária do CCR de maneira mais eficaz.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. PROJETO DE PESQUISA

2.1.1. RESUMO INFORMATIVO

Neste trabalho, objetiva-se descobrir as características de ressecções colonoscópicas de pólipos colorretais. Para tanto, a amostra não-probabilística de conveniência será constituída de pacientes submetidos a colonoscopia por indicações diversas registrados entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016 e serão coletados dados dos pacientes (indicação do exame; sexo; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo e a análise das biópsias (tipo histológico) serão fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias, entre os anos 2014-2016. Conhecendo o perfil dos casos de polipose intestinal será possível planejar ações que visem a prevenção primária, o diagnóstico precoce e atenção aos fatores de risco envolvidos.

2.1.2. TEMA

Elevado número de lesões polipoides com grande potencial de malignidade em pacientes de um centro de referência do Sul do país.

2.1.3. PROBLEMA

Qual a incidência e os fatores associados aos pólipos colorretais?

2.1.4. HIPÓTESE

A incidência dos pólipos colorretais varia de 5% a 50% aumentando com a idade, em sua maioria localizados no cólon esquerdo.

2.1.5. OBJETIVO

2.1.5.1. Objetivo Geral

Verificar os aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos dos pólipos colorretais nos pacientes submetidos a exame colonoscópico por indicações diversas.

2.1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar a incidência de pólipos colorretais diagnosticados no Serviço de Endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo/Passo Fundo- RS.
- Descrever o perfil demográfico dos pacientes e possíveis fatores de risco envolvidos (sexo e idade).
- Descrever o aspecto macroscópico (sésil, pediculado, plano-elevado) e diâmetro das lesões.
- Descrever a localização anatômica dos achados (ceco, cólon ascendente, flexura hepática, cólon transverso, cólon transverso médio, flexura esplênica, cólon descendente, cólon sigmóide, retossigmóide e reto).
- Descrever as características histológicas e grau de malignidade das ressecções (tipo histológico e grau de displasia).

2.1.6. JUSTIFICATIVA

O câncer colorretal (CCR) é um problema de saúde importante devido a sua grande incidência e mortalidade. No Brasil, excluindo-se os tipos de cânceres de pele não melanoma, o CCR é o terceiro mais frequente entre os homens e o segundo entre as mulheres, sendo que o risco de desenvolvê-lo é de aproximadamente 6% nos

países ocidentais. Evidências epidemiológicas indicam que a colonoscopia com polipectomia preventiva é capaz de reduzir a incidência de CCR em até 90%. Certos fatores de risco como história familiar e idade maior que 50 anos são usados como justificativa para a realização de screening de CCR e lesões precursoras por endoscopia digestiva baixa. As características das lesões com potencial de malignidade devem ser constantemente estudados e atualizados a fim de aumentar os achados precoces com potencial curativo via ressecção endoscópica, melhorar o prognóstico da doença e possibilitar uma abordagem mais eficaz na prevenção primária da CCR.

2.1.7. REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2012, os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão (1,8 milhão), seguido por mama (1,7 milhão), intestino (1,4 milhão) e próstata (1,1 milhão) (FERLAY et al. 2015). No Brasil, a estimativa para o biênio 2016-2017 é de cerca de 600 mil casos novos de câncer, sendo que, sem contar os casos de câncer de pele não melanoma, os tipos mais frequentes serão próstata (28,6%), pulmão (8,1%), intestino (7,8%), estômago (6,0%) e cavidade oral (5,2%) em homens; e os cânceres de mama (28,1%), intestino (8,6%), colo do útero (7,9%), pulmão (5,3%) e estômago (3,7%) nas mulheres (INSTITUTO..., 2015).

O câncer de intestino encontra-se entre os tipos mais incidentes para ambos os sexos nas pesquisas nacionais e mundiais. Estimativas apontaram que para 2016, no Brasil, ocorreram 16.660 casos novos de câncer de cólon e reto em homens e de 17.620 em mulheres, correspondendo a um risco estimado de 16,84 casos novos a cada 100 mil homens e 17,10 para cada 100 mil mulheres (INSTITUTO..., 2015).

No estado do Rio Grande do Sul e em sua capital percebe-se dados semelhantes aos encontrados nos estudos de nível nacional, com o câncer colorretal permanecendo como o terceiro mais incidente nos homens e segundo nas mulheres.

Um estudo retrospectivo observou que mais de 80% dos casos de CCR eram derivados de pólipos adenomatosos, com risco cumulativo de câncer em 5, 10 e 20 anos de 2,5%, 8% e 24% (STRYKER et al. 1987). A comprovação da transição do pólipo adenomatoso para o CCR segundo parâmetros histológicos foi feita por Muto

(1975) ainda no século passado. Atualmente sabe-se que aproximadamente 95% dos casos de CCR derivam de adenomas polipoides (CHEN et al. 2003; WALSH et al. 2003).

Os pólipos colônicos são protrusões visíveis da mucosa intestinal e podem ser classificados quanto à histologia como neoplásicos e não neoplásicos. Os pólipos não neoplásicos não apresentam potencial maligno e incluem pólipos hiperplásicos, hamartomas, pólipos inflamatórios e agregados linfóides. Os pólipos adenomatosos tem potencial de malignidade e são classificados como tubulares, túbulo-vilosos e vilosos pela World Health Organization (MORSON et al, 1976; BOND, 2000) e podem ser encontrados no cólon de cerca de 30% das pessoas de meia-idade e 50% dos idosos (FENOGLIO, 1985; WIENER, 2012).

Aproximadamente 70% dos pólipos removidos na colonoscopia são adenomas (KONISHI et al, 1982; BOND, 2000). Um estudo retrospectivo de 3491 pacientes submetidos à videocolonoscopia no período de janeiro de 1992 a outubro de 2006, sendo avaliados 1579 pólipos colorretais, revelou uma incidência de 31,54% de adenomas tubulares, 14,19% de adenomas túbulo-vilosos e 1,65% de adenomas vilosos (SANTOS, 2008).

Várias alterações moleculares são observadas nos pólipos adenomatosos e nas neoplasias colorretais. Elas parecem refletir um processo em múltiplas etapas da evolução da mucosa colônica normal até ao carcinoma tais como: mutações pontuais no proto-oncogene K-ras; hipometilação do DNA; perda alélica no local do gene de polipose adenomatosa colônica (APC, de adenomatous polyposis coli), no braço longo do cromossomo 5 (5q21); perda alélica no local de um gene supressor tumoral localizado no cromossomo 18q e perda alélica no cromossomo 17p, associada a mutações do gene supressor tumoral p53 (WIENER, 2012).

A maioria dos pólipos são assintomáticos e não provocam sinais clínicos, sendo que menos de 5% dos pacientes com pólipos apresentam sangue oculto nas fezes (HARRISSON, 2016) e diversos estudos têm descrito os achados de colonoscopias de rastreamento em populações assintomáticas (LIN et al, 2006; MORIKAWA, 2005; WALENDOWSKY, 2011).

Sabe-se que síndromes genéticas; história familiar ou pessoal para CCR; alguns tipos de câncer como o de endométrio, de ovário, de estômago, de ureter, de pelve renal ou de intestino delgado são fatores de risco já estabelecidos para o

desenvolvimento do CCR (PIRES, 2007). Cerca de 7% dos casos estão associados a algumas condições hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar (FAP) e o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNCCP) (BRASIL, 2003). Entretanto, estudos mostram que mais de 75% de todos os casos de CCR ocorrem em pessoas que não apresentam estes fatores (BRASIL, 2003), sendo então classificados como esporádicos, os quais são de caráter não familiar e resultantes da ação cumulativa de agentes carcinógenos mais ou menos conhecidos sobre a mucosa intestinal (BRASIL, 2003).

Entre os fatores não familiares associados encontram-se a idade elevada, principalmente em maiores de 60 anos (BRASIL, 2003; WALENDOWSKY, 2011), sendo indicado o rastreamento de CCR em todas as pessoas acima dos 50 anos (WINAWER, 2004); tabagismo (TOYOMURA, 2004; WALENDOWSKY, 2011); sexo masculino (WALENDOWSKY, 2011), IMC elevado (WALENDOWSKY, 2011); dietas pobres em frutas, verduras e legumes e ricas em gordura animal (BRASIL, 2003; HARRISSON; 2016).

A prevenção primária consiste na identificação dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do câncer e na modificação deles para a redução do risco. A prevenção secundária envolve o rastreamento de neoplasia e/ou lesões precursoras em indivíduos assintomáticos, sendo que a remoção dessas lesões diminuem a incidência e a mortalidade do câncer colorretal (MOESINGER, 2006). A sobrevida do câncer de colorretal (CCR) é dependente do estágio que o tumor se encontra no momento do diagnóstico e dos fatores associados à doença. É fundamental a realização de pesquisas para verificar a epidemiologia das lesões precursoras do CCR e aumentar os achados precoces com potencial curativo via ressecção endoscópica, melhorar o prognóstico e realizar a prevenção primária e secundária de modo mais eficaz.

2.1.8 METODOLOGIA

Estudo quantitativo do tipo transversal observacional descritivo, a ser realizado em um serviço de endoscopia digestiva no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de maio a dezembro de 2018. A população do estudo será constituída de pacientes submetidos a colonoscopias por indicações diversas. A

amostra não-probabilística de conveniência será constituída de pacientes submetidos a colonoscopia por indicações diversas registrados entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016.

Como critérios de inclusão serão considerados: todos os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos ao exame de colonoscopia entre os anos de 2014 a 2016. Como critérios de exclusão serão considerados: presença de neoplasia intestinal já diagnosticada previamente; lesões altamente sugestivas de neoplasia; prontuários incompletos (falta de dados ou do anatomopatológico dos pólipos biopsiados); pólipos perdidos ou não biopsiados durante o exame de colonoscopia.

Serão coletados dados dos pacientes (indicação do exame; sexo; idade; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo e a análise das biopsias (tipo histológico), num máximo de cinco lesões por exame, serão fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias. Os dados serão transcritos em uma ficha (apêndice 1) para posterior digitação em banco de dados a ser criado no Epidata 3.1 (distribuição livre) e posteriormente exportados para o programa PSPP (distribuição livre) para análise estatística. Além disso, a equipe de pesquisa compromete-se com o uso adequado de dados de arquivo, conforme o apêndice 2.

As variáveis quantitativas serão descritas pela média e desvio-padrão e as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa.

O trabalho será submetido à Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital São Vicente de Paulo e, após ciência e concordância do hospital e dos serviços de patologia, o protocolo de estudo será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFFS.

Existe o risco de exposição da identidade dos pacientes a partir dos prontuários. Visando minimizar este risco, a planilha eletrônica será manuseada somente pela equipe de pesquisa, que se compromete a não divulgar as informações, utilizando-as somente para fins das análises previstas no estudo, substituindo os nomes dos pacientes por uma numeração crescente em ordem cronológica. Caso o risco venha a ocorrer, o estudo será interrompido.

Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X					
Análise dos dados			X	X				
Redação e divulgação dos resultados			X	X	X	X	X	X

Os dados serão coletados às quintas-feiras no turno da tarde, sextas-feiras nos turnos da manhã e de tarde.

REFERÊNCIAS

BOND, JOHN H. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 95, n. 11, p. 3053-3063, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <www.inca.gov.br/falandosobrecancerdointestino>. Acesso em 26 ago. 2017.

BRAY, F. et al. Cancer Incidence in Five Continents: Inclusion criteria, highlights from Volume X and the global status of cancer registration. *International Journal of Cancer*, v. 137, n. 9, p. 2060-2071, 2015

CHEN, C-D et al. A case-cohort study for the disease natural history of adenoma-carcinoma and de novo carcinoma and surveillance of colon and rectum after polypectomy: implication for efficacy of colonoscopy. *British Journal of Cancer*, v. 88, n. 12, p. 1866-1873, 2003

DIAS, ANA PAULA TELLES PIRES et al. Câncer colorretal: rastreamento, prevenção e controle. *Revista do Hospital Universitário de Juiz de Fora*. v.33. n.4. p. 125-131. Out/dez, 2007.

FENOGLIO-PREISER, C. M.; HUTTER, R. V. P. Colorectal Polyps: Pathologic Diagnosis and Clinical Significance. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 35, n. 6, p. 322-344, 1985.

FERLAY, JACQUES et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, v. 136, n. 5, p. E359-E386, 2014

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativas 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em 26 ago. 2017.

KONISHI, F; MORSON, B C. Pathology of colorectal adenomas: a colonoscopic survey. *Journal of Clinical Pathology*, v. 35, n. 8, p. 830-841, 1982.

LIN, OTTO S. et al. Screening Colonoscopy in Very Elderly Patients. *JAMA*, v. 295, n. 20, p. 2357, 2006.

MOESINGER, ROBERT. Diagnosis and emerging therapies in the treatment of colorectal cancer. *John Hopkins Advanced Studies in Medicine – Oncology* v. 6, n. 1, p. 30-39, 2006.

MORIKAWA, T et al. A Comparison of the Immunochemical Fecal Occult Blood Test and Total Colonoscopy in the Asymptomatic Population. *Gastroenterology*, v. 129, n. 2, p. 422-428, 2005.

MORSON, B. C; MORSON, B C. Histological typing of intestinal tumours. Geneva: World Health Organization, 1976.

MUTO, T.; BUSSEY, H. J. R.; MORSON, B. C. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer*, v. 36, n. 6, p. 2251-2270, 1975.

SANTOS, JOSÉ MAURO DOS et al. Análise dos pólipos colorretais em 3.491 videocolonoscopias. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 28, n. 3, p. 299-305, 2008.

STEWART, BERNARD W. *World Cancer Report 2014*. Lyon: IARC Press, 2014.

STRYKER, STEVEN J. et al. Natural history of untreated colonic polyps. *Gastroenterology*, v. 93, n. 5, p. 1009-1013, 1987.

TOYOMURA, KENGO et al. Relation of cigarette smoking and alcohol use to colorectal adenomas by subsite: The self-defense forces health study. *Cancer Science*, v. 95, n. 1, p. 72-76, 2004.

WALENDOWSKY, D et al. Análise de Colonoscopia em Centro de Referência de Florianópolis para Identificar Fatores Preditivos da Presença de Pólipos Adenomatosos. *GED Gastroenterol Endosc Dig*. V. 30, n. 2, p. 42-48, 2011.

WALSH, JUDITH M. E.; TERDIMAN, JONATHAN P. Colorectal Cancer Screening. *JAMA*, v. 289, n. 10, p. 1288, 2003.

WIENER, CHARLES M et al. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill, 2012.

WINAWER, S. Colorectal cancer screening and surveillance: Clinical guidelines and rationale? Update based on new evidence. *Gastroenterology*, v. 124, n. 2, p. 544-560, 2003.

APÊNDICE 1

FICHA DE TRANSCRIÇÃO DE DADOS	
NÚMERO DO ATENDIMENTO:	Num_ _ _ _
SEXO: <ul style="list-style-type: none"> • MASCULINO (1) • FEMININO (2) 	Sex _
DATA DE NASCIMENTO:	Dnasc _ _ / _ _ / _ _ _ _
DATA DO EXAME:	Dexa _ _ / _ _ / _ _ _ _
INDICAÇÃO DO EXAME: <ul style="list-style-type: none"> • Screening (1) • Controle de pólipos(2) • Sangramento(3) • Alteração hábito intestinal (4) • Outros(5) 	Indic _
LOCAL DA LESÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Ceco(1) • Cólon ascendente(2) • Cólon transverso próximo à flexura hepática(3) • Cólon transverso médio(4) • Cólon transverso próximo à flexura esplênica(5) • Cólon descendente(6) • Cólon sigmoide(7) • Reto(8) 	Local _
TAMANHO DA LESÃO (mm):	Tam _ _
CONFORMIDADE: <ul style="list-style-type: none"> • Sésil(1) • Subpediculado(2) • Pediculado(3) • Plano-elevado(4) • Lobulado(5) 	Conf _
TIPO HISTOLÓGICO: <ul style="list-style-type: none"> • Adenomatoso(1) • Hiperplásico(2) • Adenocarcinoma(3) 	Hist. _

GRAU DE DISPLASIA: <ul style="list-style-type: none"> • Alto grau(1) • Baixo grau(2) • Não se aplica (88) 	Grau_ 20
CONSTITUIÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Tubular(1) • Viloso(2) • Túbulo-viloso(3) • Não se aplica (88) 	Const_
HÁ PRESENÇA DE OUTROS PÓLIPOS? <ul style="list-style-type: none"> • SIM(1) • NÃO(2) 	P2_
LOCAL DA LESÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Ceco(1) • Cólon ascendente(2) • Cólon transverso próximo à flexura hepática(3) • Cólon transverso médio(4) • Cólon transverso próximo à flexura esplênica(5) • Cólon descendente(6) • Cólon sigmoide(7) • Reto(8) • Não se aplica (88) 	Local2 _
TAMANHO DA LESÃO (mm): <ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica (88) 	Tam2 _ _
CONFORMIDADE: <ul style="list-style-type: none"> • Sésil(1) • Subpediculado(2) • Pediculado(3) • Plano-elevado(4) • Lobulado(5) • Não se aplica (88) 	Conf2 _
TIPO HISTOLÓGICO: <ul style="list-style-type: none"> • Adenomatoso(1) • Hiperplásico(2) • Adenocarcinoma(3) • Não se aplica (88) 	Hist2_
GRAU DE DISPLASIA: <ul style="list-style-type: none"> • Alto grau(1) • Baixo grau(2) • Não se aplica (88) 	Grau2_

CONSTITUIÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Tubular(1) • Viloso(2) • Túbulo-viloso(3) • Não se aplica (88) 	Const2_
HÁ PRESENÇA DE OUTROS PÓLIPOS? <ul style="list-style-type: none"> • SIM(1) • NÃO(2) • Não se aplica (88) 	P3_
LOCAL DA LESÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Ceco(1) • Cólon ascendente(2) • Cólon transverso próximo à flexura hepática(3) • Cólon transverso médio(4) • Cólon transverso próximo à flexura esplênica(5) • Cólon descendente(6) • Cólon sigmoide(7) • Reto(8) • Não se aplica (88) 	Local3 _
TAMANHO DA LESÃO (mm): <ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica (88) 	Tam3 __
CONFORMIDADE: <ul style="list-style-type: none"> • Sésil(1) • Subpediculado(2) • Pediculado(3) • Plano-elevado(4) • Lobulado(5) • Não se aplica (88) 	Conf3 _
TIPO HISTOLÓGICO: <ul style="list-style-type: none"> • Adenomatoso(1) • Hiperplásico(2) • Adenocarcinoma(3) • Não se aplica (88) 	Hist3 _
GRAU DE DISPLASIA: <ul style="list-style-type: none"> • Alto grau(1) • Baixo grau(2) • Não se aplica (88) 	Grau3 _

CONSTITUIÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Tubular(1) • Viloso(2) • Túbulo-viloso(3) • Não se aplica (88) 	Const3 _
HÁ PRESENÇA DE OUTROS PÓLIPOS? <ul style="list-style-type: none"> • SIM(1) • NÃO(2) • Não se aplica (88) 	P4 _
LOCAL DA LESÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Ceco(1) • Cólon ascendente(2) • Cólon transverso próximo à flexura hepática(3) • Cólon transverso médio(4) • Cólon transverso próximo à flexura esplênica(5) • Cólon descendente(6) • Cólon sigmoide(7) • Reto(8) • Não se aplica (88) 	Local4 _
TAMANHO DA LESÃO (mm): <ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica (88) 	Tam4 _ _
CONFORMIDADE: <ul style="list-style-type: none"> • Sésil(1) • Subpediculado(2) • Pediculado(3) • Plano-elevado(4) • Lobulado(5) • Não se aplica (88) 	Conf4 _
TIPO HISTOLÓGICO: <ul style="list-style-type: none"> • Adenomatoso(1) • Hiperplásico(2) • Adenocarcinoma(3) • Não se aplica (88) 	Hist4 _
GRAU DE DISPLASIA: <ul style="list-style-type: none"> • Alto grau(1) • Baixo grau(2) • Não se aplica (88) 	Grau4 _

CONSTITUIÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Tubular(1) • Viloso(2) • Túbulo-viloso(3) • Não se aplica (88) 	Const4 _
HÁ PRESENÇA DE OUTROS PÓLIPOS? <ul style="list-style-type: none"> • SIM(1) • NÃO(2) • Não se aplica (88) 	P5_
LOCAL DA LESÃO: <ul style="list-style-type: none"> • Ceco(1) • Cólon ascendente(2) • Cólon transverso próximo à flexura hepática(3) • Cólon transverso médio(4) • Cólon transverso próximo à flexura esplênica(5) • Cólon descendente(6) • Cólon sigmoide(7) • Reto(8) • Não se aplica (88) 	Local5 _
TAMANHO DA LESÃO (mm): <ul style="list-style-type: none"> • Não se aplica (88) 	Tam5 __
CONFORMIDADE: <ul style="list-style-type: none"> • Sésil(1) • Subpediculado(2) • Pediculado(3) • Plano-elevado(4) • Lobulado(5) • Não se aplica (88) 	Conf5 _
TIPO HISTOLÓGICO: <ul style="list-style-type: none"> • Adenomatoso(1) • Hiperplásico(2) • Adenocarcinoma(3) • Não se aplica (88) 	Hist5 _
GRAU DE DISPLASIA: <ul style="list-style-type: none"> • Alto grau(1) • Baixo grau(2) • Não se aplica (88) 	Grau5 _

CONSTITUIÇÃO:

- **Tubular(1)**
- **Viloso(2)**
- **Túbulo-viloso(3)**
- **Não se aplica (88)**

Const5 _

APÊNDICE 2**TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS DE ARQUIVO****ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS**

Esta pesquisa será desenvolvida por Abcael Martins Santos Alves, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Me. Nilton Maiolini Bonadeo. Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados são coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo utilizadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;

Passo Fundo, ____ de _____ de 20____.

Pesquisador responsável: Me. Nilton Maiolini Bonadeo

Assinatura da equipe de pesquisa

APÊNDICE 3

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA

ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS

Esta pesquisa será desenvolvida por Abcael Martins Santos Alves, discente de Graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação do Professor Me. Nilton Maiolini Bonadeo e coorientação da Professora Me^a. Daniela Augustin Silveira.

O objetivo central do estudo é verificar os aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos dos pólipos colorretais nos pacientes submetidos a exame colonoscópico por indicações diversas.

O câncer colorretal (CCR) é um problema de saúde importante devido a sua grande incidência e mortalidade. No Brasil, excluindo-se os tipos de cânceres de pele não melanoma, o CCR é o terceiro mais frequente entre os homens e o segundo entre as mulheres, sendo que o risco de desenvolvê-lo é de aproximadamente 6% nos países ocidentais. Evidências epidemiológicas indicam que a colonoscopia com polipectomia preventiva é capaz de reduzir a incidência de CCR em até 90%. Certos fatores de risco como história familiar e idade maior que 50 anos são usados como justificativa para a realização de screening de CCR e lesões precursoras por endoscopia digestiva baixa. Os fatores associados às lesões com potencial de malignidade devem ser constantemente estudados e atualizados a fim de aumentar os achados precoces com potencial curativo via ressecção endoscópica, melhorar o prognóstico da doença e possibilitar uma abordagem mais eficaz na prevenção primária da CCR.

O estudo será realizado em um serviço de endoscopia digestiva no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de janeiro a dezembro de 2018. A população do estudo será constituída de pacientes submetidos a colonoscopias por indicações diversas. A amostra não-probabilística de conveniência

será constituída de pacientes submetidos a colonoscopia por indicações diversas registrados entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016.

Como critérios de inclusão serão considerados: todos os pacientes maiores de 18 anos submetidos ao exame de colonoscopia entre os anos de 2014 a 2016. Como critérios de exclusão serão considerados: presença de neoplasia intestinal já diagnosticada previamente; lesões altamente sugestivas de neoplasia; prontuários incompletos (falta de dados ou do anatomopatológico dos pólipos biopsiados); pólipos perdidos ou não biopsiados durante o exame de colonoscopia.

Serão coletados dados dos pacientes (sexo; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo e a análise das biopsias (tipo histológico) serão fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias. Os dados serão colocados em um banco de dados diretamente em planilha eletrônica e posteriormente exportados para o programa PSPP para análise estatística.

As variáveis quantitativas serão descritas pela média e desvio-padrão e as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa.

Após ciência e concordância do hospital e dos serviços de patologia, o protocolo de estudo será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFFS.

Salienta-se que a coleta dos dados iniciará apenas após ciência e concordância dos hospitais e aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Existe o risco de exposição da identidade dos pacientes a partir dos prontuários. Visando minimizar este risco, a planilha eletrônica será manuseada somente pela equipe de pesquisa, que se compromete a não divulgar as informações, utilizando-as somente para fins das análises previstas no estudo, substituindo os nomes dos pacientes por uma numeração crescente em ordem cronológica. Caso o risco venha a ocorrer, o estudo será interrompido.

No caso de ocorrer risco não previsto em níveis acima do aceitável a atividade relacionado ao risco será interrompida.

Devido à natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes, entretanto, a comunidade como um todo poderá ser beneficiada a medida em que os resultados da pesquisa forem utilizados em ações de prevenção e combate ao CCR. Os arquivos com os resultados da pesquisa serão enviados em formato PDF via e-mail para a comissão de pesquisa e pós-graduação do HSVP e da coordenação de ensino e pesquisa do HC, para divulgação à população.

Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. A equipe pesquisadora compromete-se em garantir a privacidade e a confiabilidade das informações obtidas.

Devido à importância da pesquisa e com base na Resolução CNS Nº 466 de 2012 - IV.8, solicito a dispensa da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando que serão utilizados dados oriundos de prontuários dos pacientes, dos quais muitos não estão em atendimento nos referidos hospitais, o que dificulta a obtenção do TCLE.

Passo Fundo, ____ de _____ de 20____.

Pesquisador responsável: Me. Nilton Maiolini Bonadeo

Assinatura do Pesquisador Responsável

2.2 RELATÓRIO DE PESQUISA

O trabalho de campo em questão foi realizado com o objetivo de servir para a análise no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS.

O estudo foi aprovado pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo (ANEXO A) e pelo Hospital São Vicente de Paulo em abril de 2018 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em junho de 2018 (ANEXO C). O presente trabalho é orientado pelo Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo e coorientado pela Prof^a. Ma. Daniela Augustin Silveira.

O trabalho de campo iniciou imediatamente após a aprovação do CEP, sendo coletados os dados dos pacientes (indicação do exame; sexo; idade; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo. A análise das biópsias (tipo histológico), num máximo de 05 lesões por exame, foram fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias, sendo iniciada após a coleta dos dados do paciente. Os dados foram transcritos em um banco de dados no Epidata 3.1 (distribuição livre) e exportados para o programa PSPP (distribuição livre) para análise estatística. Além disso, a equipe de pesquisa comprometeu-se com o uso adequado de dados de arquivo.

A coleta e a análise dos dados atrasou em relação ao cronograma inicialmente proposto devido ao atraso da devolutiva do CEP. O artigo apresentado neste volume será enviado para a Revista GED – Gastroenterologia Endoscopia Digestiva (ANEXO D). Foi decidido que todos os resultados da análise seriam relatados em um único artigo.

3 ARTIGO CIENTÍFICO

ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO BRASIL

ANALYSIS OF COLONOSCOPIC RESULTS OF COLORRETAL POLYPS IN A REFERENCE HOSPITAL INSIDE THE SOUTH OF BRAZIL

Abcael Martins Santos Alves, Nilton Maiolini Bonadeo, Daniela Augustin Silveira

RESUMO

Introdução: O câncer colorretal apresenta grande incidência e mortalidade, derivando na maioria dos casos de adenomas polipoides, tendo a colonoscopia com polipectomia como um método preventivo eficaz. **Objetivo:** Verificar os aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos dos pólipos colorretais nos pacientes submetidos à colonoscopia por indicações diversas no Serviço de Endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo/Passo Fundo- RS. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal descritivo. Em um total de 3116 pacientes, foram analisados todos os laudos de colonoscopia, sendo selecionados os que apresentaram pólipos e/ou lesões plano-elevadas no Serviço de Endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo – Passo Fundo/RS no período 2014-2015 e avaliados os seus exames histopatológicos. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, indicação, localização, tamanho, base, tipo histológico e presença de displasia. **Resultados:** Dos 3.116 exames analisados, foram encontrados 538 pólipos colorretais em 386 pacientes, 45,1% masculino, 54,9% feminino. A média de idade foi de 59,84 anos, com extremos de 24 e 89 anos. A localização mais frequente foi no cólon sigmoide 37,2%; 52,4% mediam até 5mm e 89,8% eram sésseis. Quanto a histologia, a maioria eram adenomatosos (74,9%), sendo tubulares em 88,6% e de baixo grau em 98,5%. Foram encontrados três adenocarcinomas. **Conclusão:** Percebe-se que os adenomas tubulares são os pólipos mais frequentes, que as lesões de alto grau ocorrem com maior incidência em lesões túbulo-vilosas, pediculadas e maiores de 5mm, e, devido ao risco de malignização, a colonoscopia com polipectomia é importante para a redução da incidência do câncer colorretal.

Unitermos: Colonoscopia. Pólipos. Neoplasias colorretais

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer presents a high incidence and mortality, deriving in most cases from polypoid adenomas, having the colonoscopy with polypectomy as an effective preventive method. **Objective:** To verify the epidemiological, endoscopic and histological aspects of colorectal polyps in patients submitted to colonoscopy by several indications in the Endoscopy Service of Hospital São Vicente de Paulo / Passo Fundo, RS. **Method:** This is a quantitative, observational, cross-sectional, descriptive

study. In a total of 3116 patients, all the colonoscopy reports were analyzed, and those with polyps and / or flat-lesions were selected at the Endoscopy Service of Hospital São Vicente de Paulo - Passo Fundo / RS in the period 2014-2015 and evaluated histopathological examinations. The analyzed variables were: sex, age, indication, location, size, base, histological type and presence of dysplasia. **Results:** Out of the 3,116 tests analyzed, 538 colorectal polyps were found in 386 patients, 45.1% male, 54.9% female. The mean age was 59.84 years, with extremes of 24 and 89 years. The most frequent location was in the sigmoid colon 37,8%; 52.4% measured up to 5mm and 89.8% were sessile. As for histology, the majority were adenomatous (74.9%), being tubular in 88.6% and low in 98.5%. Three adenocarcinomas were found **Conclusion:** Tubular adenomas are the most frequent polyps, and high-grade lesions occur with a higher incidence of tubular-villous, pediculated lesions and greater than 5mm, and, due to the risk of malignancy, colonoscopy with polypectomy is important for reducing the incidence of colorectal cancer.

Keywords: Colonoscopy. Polyps. Colorectal Neoplasms.

INTRODUÇÃO

O câncer de intestino encontra-se entre os tipos mais incidentes para ambos os sexos nas pesquisas nacionais e mundiais. A estimativa brasileira para 2018 são 17.380 novos casos de câncer de cólon e reto (CCR) em homens e de 18.980 em mulheres.¹

Sabe-se que síndromes genéticas; história familiar ou pessoal para CCR; alguns tipos de câncer como o de endométrio, de ovário, de estômago, de ureter, de pelve renal ou de intestino delgado são fatores de risco já estabelecidos para o desenvolvimento do CCR.² Cerca de 7% dos casos estão associados a algumas condições hereditárias, como a polipose adenomatosa familiar (FAP) e o câncer colorretal hereditário sem polipose (HNCCP).³ Entretanto, estudos mostram que mais de 75% de todos os casos de CCR ocorrem em pessoas que não apresentam estes fatores,³ sendo então classificados como esporádicos, os quais são de caráter não familiar e resultantes da ação cumulativa de agentes carcinógenos mais ou menos conhecidos sobre a mucosa intestinal.³

Um estudo retrospectivo observou que mais de 80% dos casos de CCR eram derivados de pólipos adenomatosos, com risco cumulativo de câncer em 5, 10 e 20 anos de 2.5%, 8% e 24%.⁴ A comprovação da transição do pólipo adenomatoso para o CCR segundo parâmetros histológicos foi feita por Muto (1975).⁵ Atualmente sabe-se que aproximadamente 95% dos casos de CCR derivam de adenomas polipoides.^{6,7}

Os pólipos colônicos são protrusões visíveis da mucosa intestinal e podem ser

classificados quanto à histologia como neoplásicos e não neoplásicos. Os pólipos não neoplásicos que não apresentam potencial maligno incluem os pólipos hiperplásicos, os hamartomas, os pólipos inflamatórios e os agregados linfóides. Os pólipos adenomatosos tem potencial de malignidade e são classificados como tubulares, túbulo-vilosos e vilosos pela World Health Organization^{8,9} e podem ser encontrados no cólon de cerca de 30% das pessoas de meia-idade e 50% dos idosos.^{10,11}

A maioria dos pólipos são assintomáticos e não provocam sinais clínicos, sendo que menos de 5% dos pacientes com pólipos apresentam sangue oculto nas fezes¹¹ e diversos estudos têm descrito os achados de colonoscopias de rastreamento em populações assintomáticas.^{12,13,14}

Métodos endoscópicos (colonoscopia e retossigmoidoscopia) são meios de detecção precoce para essa neoplasia, pois são capazes de detectar e ressecar pólipos adenomatosos e diagnosticar o câncer em estágio inicial, propiciando cura total ou um melhor prognóstico para o paciente. Países com bom acesso aos serviços de saúde apresentaram melhores taxas de sobrevida, sendo que a média da sobrevida global aumentou em 22 países, e ficou em torno de 60% na maioria dos países desenvolvidos durante o período de 2005 a 2009.¹ Aproximadamente 70% dos pólipos removidos na colonoscopia são adenomas.^{8,9}

Por isso, o presente trabalho mostra-se útil a fim de promover novos conhecimentos acerca dos pólipos colorretais, avaliando, por meio da colonoscopia, os aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos das lesões, analisando de modo mais específico incidência, aspecto macroscópico e características anatomopatológicas.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal descritivo, para descrever o perfil dos pacientes com pólipos e/ou lesões plano-elevadas colorretais diagnosticadas no Serviço de Endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo, localizado em Passo Fundo, RS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015, num total de 3116 pacientes. Foram analisados todos os laudos de colonoscopia do referido período, sendo selecionados os pacientes que apresentaram pólipos e/ou lesões plano-elevadas e avaliados os seus exames anatomopatológicos.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, sob o número do parecer 0145.0.107.000-07. A pesquisa fez uso exclusivamente dos dados contidos nos prontuários dos pacientes e, para cumprimento dos preceitos éticos, foi mantido o sigilo sobre a identidade desses pacientes, não havendo registro ou divulgação de dados que permitam sua identificação.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética.

Foram considerados critérios de inclusão: pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos ao exame de colonoscopia entre os anos de 2014 a 2015. Foram considerados critérios de exclusão: presença de neoplasia intestinal já diagnosticada previamente; lesões altamente sugestivas de neoplasia; prontuários incompletos (falta de dados ou do anatomopatológico dos pólipos biopsiados); pólipos perdidos ou não biopsiados durante o exame de colonoscopia.

O preparo de cólon foi domiciliar, feito com 500mL de manitol 20% diluído em 500mL de suco de cor clara. O mesmo pesquisador realizou todos os exames utilizando aparelho de endoscopia digestiva baixa Fujinon – EPX 4400.

Foram analisados os exames com diagnóstico de pólipos colorretais, o percentual em relação ao total de colonoscopias e o número de casos. Os pacientes foram divididos por sexo e faixa etária (até 30, 31 a 35, 36 a 40, 41 a 45, 46 a 50, 51 a 55, 56 a 60, 61 a 70 e mais de 70 anos). Estudou-se as indicações dos exames (screening, controle de pólipos, sangramento, alteração hábito intestinal e outros). Os pólipos foram analisados de acordo com sua localização (ceco, cólon ascendente, cólon transversal próximo à flexura hepática, cólon transversal médio, cólon transversal próximo à flexura esplênica, cólon descendente, cólon sigmoide, reto), tamanho (até 5mm, 5 a 10, 10 a 20, 20 a 30 e mais de 30mm) base (sésil, subpediculado, pediculado, crescimento lateral, lobulado), tipo histológico (adenoma tubular, adenoma viloso, adenoma túbulo-viloso, pólipos hiperplásicos, pólipos inflamatórios, adenocarcinoma ou outros) e presença de displasia (baixo grau e alto grau).

Os dados foram coletados em um protocolo padrão estabelecido para a pesquisa e armazenados no programa EpiData 3.1. Para a análise estatística utilizou-se o programa PSPP, sendo apresentada a distribuição de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para

as numéricas. Para verificar a diferença do grau de displasia em relação ao tipo histológico, ao tamanho do adenoma, à conformidade e à localização da lesão, foi aplicado o teste do qui-quadrado, considerando nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Foram analisados 3.116 videocolonoscopias realizadas no Serviço de Endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo, localizado em Passo Fundo, RS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2015.

Dos 3.116 exames analisados, 1981 (63,6%) eram do sexo feminino e 1135 (36,4%) eram do sexo masculino. Do total de colonoscopias, foram encontrados 538 pólipos colorretais em 386 exames (12,4%).

Dos 386 pacientes examinados, 212 (54,9%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 59,8 anos ($\pm 11,93$) com extremos de 24 e 89 anos. Em relação à sua distribuição, 128 (33,2%) estavam com 71 anos ou mais na data do exame. O screening foi a indicação mais frequente, representando 60,4% das indicações, seguido por controle de pólipos (17,1%) e outros (13,7%), os quais incluem história familiar de neoplasia, dor abdominal, emagrecimento, anemia e doença diverticular colônica (DDC) (Tabela 01).

A localização mais frequente foi no cólon sigmoide 200 (37,2%) e mais da metade dos pólipos avaliados mediam até 5mm (52,4%) e apresentavam conformidade séssil (89,8%) (Tabela 01).

Das lesões analisadas, 403 (74,9%) eram adenomatosos, e destas 88,6% eram tubulares. Quanto ao grau de displasia, 397 (98,5%) eram lesões de baixo grau e 6 (1,5%) eram lesões de alto grau (Tabela 01).

Tabela 01. Caracterização de uma amostra de casos de lesões polipoides colorretais em pacientes do Serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo – Passo Fundo/RS

Variáveis	N	%
Sexo (n=386)		
Masculino	174	45,1
Feminino	212	54,9
Idade em anos completos (n=386)		
0 -30	6	1,6
31-35	8	2,1
36-40	5	1,3
41-45	15	3,9
46-50	24	6,2
51-55	43	11,1
56-60	44	11,4
61-70	113	29,3
Mais que 70	128	33,2
Indicação (n=386)		
Screening	233	60,4
Controle de pólipos	66	17,1
Alteração do hábito intestinal	16	4,2
Sangramento	18	4,7
Outros*	53	13,7
Localização (n=538)		
Ceco	60	11,2
Cólon ascendente	92	17,1
Cólon transversal próximo à flexura hepática	61	11,3
Cólon transversal médio	20	3,7
Cólon transversal próximo à flexura esplênica	26	4,8
Cólon descendente	7	1,3
Cólon sigmoide	200	37,2
Reto	72	13,4
Tamanho (n=538)		
0-5mm	282	52,4
6-10mm	202	37,6
11-15mm	34	6,3
16-20mm	9	1,7
21-25mm	2	0,4
26-30mm	2	0,4
31-35mm	2	0,4

36-40mm	5	0,9
Conformidade (n=538)		
Sésseis	483	89,8
Subpediculados	25	4,7
Pediculados	22	4,1
Crescimento lateral	7	1,3
Lobulados	1	0,2
Tipo histológico (n=538)		
Adenomoma	403	75,1
Hiperplásico	124	23,1
Adenocarcinoma	3	0,6
Inflamatório	6	1,1
Leiomioma	1	0,2
Constituição (n= 403)		
Tubulares	357	88,6
Vilosos	3	0,7
Túbulo-vilosos	43	10,7
Grau de displasia (n=403)		
Alto grau	6	1,5
Baixo grau	397	98,5

Ao cruzar os dados tamanho, conformidade e constituição com o grau de displasia encontrou-se significância estatística ($p < 0,05$) ao realizar o teste Qui-quadrado de Pearson, evidenciando lesões de alto grau com maior incidência em lesões túbulo-vilosas, pediculadas e maiores de 5mm, e que 25% das lesões maiores de 36mm apresentavam alto grau de displasia (Tabela 02). Todavia, o grau de displasia não foi significativo na maneira que a idade foi categorizada.

Cruzando a conformidade das lesões com a constituição das lesões foi encontrado significância estatística ($p < 0,05$) ao realizar o teste Qui-quadrado de Pearson. Verificou-se que 92,2% dos pólipos tubulares eram sésseis, e os pólipos vilosos se distribuíram igualmente entre sésseis, subpediculados e pediculados (Tabela 03).

Ao cruzar os dados do tamanho categorizado com a conformidade, a histologia e a constituição, foi encontrado significância estatística ($p < 0,05$) ao realizar o teste Qui-quadrado de Pearson. Verificou-se que, dos pólipos até 5mm, 280 (58%) são sésseis; 202 (50%) são adenomas; 199 (55,7%) são tubulares (Tabela 04).

Tabela 02. Relação do grau de displasia conforme características de constituição, de conformidade, de tamanho e de idade. Passo Fundo, RS, 2018. (n=403)

Variáveis	Grau de displasia		p*
	Baixo grau	Alto grau	
Idade			0,236
0-30	4 (100%)	0 (0%)	
31-35	9 (90%)	1 (10%)	
36-40	2 (100%)	0 (0%)	
41-45	12 (92,3%)	1 (7,7%)	
46-50	32 (97%)	1 (3%)	
51-55	61 (98,4%)	1 (1,6%)	
56-60	54 (100%)	0 (0%)	
61-70	139 (99,3%)	1 (0,7%)	
>70	84 (98,8%)	1 (1,2%)	
Constituição			0,007
Tubular	354 (99,2%)	3 (0,8%)	
Viloso	3 (100%)	0 (0%)	
Túbulo-viloso	40 (93%)	3 (7%)	
Conformidade			0,008
Séssil	351 (99,2%)	3 (0,9%)	
Subpediculado	22 (95,7%)	1 (4,4%)	
Pediculado	16 (88,9%)	2 (11,1%)	
Crescimento lateral	7 (100%)	0 (0%)	
Lobulado	1 (100%)	0 (0%)	
Tamanho			0,014
Até 5 mm	201 (99,5%)	1 (0,5%)	
5-10 mm	150 (98,0%)	3 (2%)	
11-15 mm	28 (96,6%)	1 (3,4%)	
16-20 mm	9 (100%)	0 (0%)	
21-25 mm	2 (100%)	0 (0%)	
26-30 mm	2 (100%)	0 (0%)	
31-35 mm	2 (100%)	0 (0%)	
36-40 mm	3 (75%)	1 (25%)	

Tabela 03. Relação entre a conformidade e a constituição das lesões Passo Fundo, RS, 2018. (n=403; p=<0,0001)

Constituição	Conformidade				
	Séssil	Subpediculado	Pediculado	C.Lateral	Lobulado
Tubular	329 (92,2%)	13 (3,6%)	8 (2,2%)	6 (0,3%)	1 (0,3%)
Viloso	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Túbulo-viloso	24 (55,8%)	9 (20,9%)	9 (20,9%)	1 (2,3%)	0 (0%)

Tabela 04. Relação do tamanho dos pólipos em mm, conforme características de histologia, de conformidade e de constituição. Passo Fundo, RS, 2018. (n=538)

Variáveis	Tamanho (mm)								P*
	Até 5	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	
HIST									0,002
Ade	202 (50%)	154 (38,1%)	29 (7,2%)	9 (2,2%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	4 (1%)	
Hip	78 (62,9%)	42 (33,9%)	4 (3,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Adec	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	
Infl	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Leio	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
CONST									<0,0001
Tub	199 (55,7%)	141 (39,5%)	12 (3,4%)	5 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Vil	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (2,3%)	4 (9,3%)	
Tv	3 (7%)	12 (27,9%)	15 (34,9%)	4 (9,3%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)	4 (1%)	
CONF									<0,0001
Ses	280 (58%)	174 (36%)	18 (3,7%)	4 (0,8%)	1 (0,2%)	2 (0,4%)	2 (0,4%)	2 (0,4%)	
Sub	1 (4%)	15 (60%)	5 (20%)	2 (8%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	
Ped	0 (0%)	9 (40,9%)	8 (36,4%)	3 (13,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,1%)	
CL	1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Lob	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Legenda: HIST (histologia), Ade (adenomatoso), Hip (hiperplásico), Adec(adenocarcinoma), Infl(inflamatório), Leio (leiomioma), CONST (constituição), Tub (tubular), Vil (viloso), Tv (túbulo-viloso), CONF (conformidade), Ses (sésil), Sub (subpediculado), Ped (pediculado), Cl (crescimento lateral), Lob (lobulado).

DISCUSSÃO

O câncer colorretal é um problema de saúde importante devido a sua grande incidência e mortalidade. No Brasil, excluindo-se os tipos de cânceres de pele não melanoma, o CCR é o terceiro mais frequente entre os homens e o segundo entre as mulheres, sendo que o risco de desenvolvê-lo é de aproximadamente 6% nos países ocidentais.¹ Apresenta como fatores de risco a predisposição genética e fatores ambientais, como dieta, tabagismo e obesidade.^{15,16}

A prevenção primária consiste na identificação dos fatores responsáveis pelo

desenvolvimento do câncer e na modificação deles para a redução do risco. A prevenção secundária envolve o rastreamento de neoplasia e/ou lesões precursoras em indivíduos assintomáticos.¹⁷

Evidências epidemiológicas indicam que a colonoscopia com polipectomia preventiva é capaz de reduzir a incidência de CCR em até 90%.¹⁸ Certos fatores de risco como história familiar e idade maior que 45 anos são usados como justificativa para a realização de screening de CCR e lesões precursoras por endoscopia digestiva baixa.

Estudos mostram que os pólipos são achados em mais de 25% das colonoscopias realizadas.¹⁹ Este estudo revelou uma incidência de 12,4%, incidindo mais no sexo feminino, diferentemente da literatura,²³ podendo ser resultado da maior estatística global de colonoscopias realizadas em mulheres no estudo (63,6%).

A média de idade foi de 59 anos, variando de 24 a 89 anos, com um percentual de 85% de pacientes com mais de 51 anos, dados condizentes com outros autores.^{20,21,22,23}

A maioria dos pólipos eram sésseis e se localizavam no cólon sigmoide e no reto, semelhante a literatura.^{22,24} Aproximadamente 70% dos pólipos removidos na colonoscopia são adenomas,^{8,9} com predomínio de constituição tubular²⁴ e com baixo grau de displasia,²⁵ dados semelhantes ao dessa pesquisa. O grau de displasia teve relação com as variáveis tamanho, conformidade e constituição, condizente com a literatura.^{20,22}

Verificou-se relação entre o tamanho com a histologia, conformidade e constituição dos pólipos, evidenciando que lesões até 5mm são, em 58% dos casos, sésseis; 50% são adenomas; 55,7% tubulares. Os pólipos vilosos e pediculados, assim como os adenocarcinomas, apresentam-se com tamanhos maiores que a maioria dos demais pólipos observados. Resultados semelhantes aos encontrados por outros autores.²⁵

As principais indicações foram screening (60,4%) e controle de pólipo (17,1%), todavia os dados das indicações provêm de uma curta anamnese antes do procedimento, e não do médico requisitante, o que pode superestimar os resultados.

Outra limitação vale ser mencionada, referente ao desenho do estudo, com fonte de dados secundários, os quais o pesquisador considerou como verdadeiras as informações dos laudos. Devido a isso, muitos dados encontravam-se perdidos,

considerando a possibilidade da análise anatomopatológica em outros locais a escolha do paciente.

CONCLUSÃO

Percebe-se que os adenomas tubulares são os pólipos mais frequentes; que as lesões de alto grau ocorrem com maior incidência em lesões túbulo-vilosas, pediculadas e maiores de 5mm, e, devido ao risco de malignização, a colonoscopia com polipectomia é importante para a redução da incidência do câncer colorretal.

As características das lesões com potencial de malignidade devem ser constantemente estudados e atualizados a fim de aumentar os achados precoces com potencial curativo via ressecção endoscópica, melhorar o prognóstico da doença e possibilitar uma abordagem mais eficaz na prevenção primária da CCR.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
2. Paula Telles Pires Dias A, Maria Gollner A,eresa Bustamante Teixeira M. Câncer colorretal: rastreamento, prevenção e controle. Revista do Hospital Universitário de Juiz de Fora. 2007;33(4):125-131.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf >. Acesso em 26 ago. 2017
4. Stryker S, Wolff B, Culp C, Libbe S, Ilstrup D, MacCarty R. Natural history of untreated colonic polyps. Gastroenterology. 1987;93(5):1009-1013.
5. Muto T, Bussey H, Morson B. The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer. 1975;36(6):2251-2270.
6. Chen C, Yen M, Wang W, Wong J, Chen T. A case–cohort study for the disease natural history of adenoma–carcinoma and de novo carcinoma and surveillance

- of colon and rectum after polypectomy: implication for efficacy of colonoscopy. *British Journal of Cancer*. 2003;88(12):1866-1873.
7. Walsh JME, Terdiman JP. Colorectal Cancer Screening Scientific Review. *JAMA*. 2003;289(10):1288–1296. doi:10.1001/jama.289.10.1288
 8. Konishi F, Morson B. Pathology of colorectal adenomas: a colonoscopic survey. *Journal of Clinical Pathology*. 1982;35(8):830-841.
 9. Bond J. Polyp guideline: diagnosis, treatment, and surveillance for patients with colorectal polyps. *The American Journal of Gastroenterology*. 2000;95(11):3053-3063.
 10. Fenoglio-Preiser C, Hutter R. Colorectal Polyps: Pathologic Diagnosis and Clinical Significance. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 1985;35(6):322-344.
 11. Jameson J, Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Loscalzo J et al. *Harrison's principles of internal medicine*.
 12. Lin OS, Kozarek RA, Schembre DB, Ayub K, Gluck M, Drennan F et al. Screening colonoscopy in very elderly patients: prevalence of neoplasia and estimated impact on life expectancy. *J Am Med Assoc*. 2006;295:2357–2365.
 13. Morikawa T, Kato J, Yamaji Y, Wada R, Mitsushima T, Shiratori Y. A comparison of the immunochemical fecal occult blood test and total colonoscopy in the asymptomatic population. *Gastroenterology*. 2005;129:422–428.
 14. Walendowsky D, Saporiti L, Sakae TM. Análise de colonoscopias realizadas em centro de referência de Florianópolis para identificar fatores preditivos da presença de pólipos adenomatosos. *Gastroenterol Endosc Dig*. 2011;30(2):42-48.
 15. Little J, Faivre J. Family history, metabolic gene polymorphism, diet and risk of colorectal cancer. *Eur J Cancer Prev* 1999;8(Suppl 1):S61-72
 16. Potter JD. Colorectal cancer: molecules and populations. *J Natl Cancer Inst* 1999;91(11):916-32.
 17. Moesinger R. Diagnosis and emerging therapies in the treatment of colorectal cancer. *John Hopkins Advanced Studies in Medicine – Oncology* 2006; 6(1):30-39.
 18. Habr-Gama Angelita. Câncer coloretal: a importância de sua prevenção. *Arq. Gastroenterol*. 2005; 42(1): 2-3.

19. Bonadeo NM, Atolini Jr N, Foiatto JC, Lovison AF, Saleh CS, Saleh JNS. Prevalência de pólipos com displasia de alto grau em pacientes com idade inferior a 50 anos *Gastroenterol Endosc Dig*. 2007 Jan/Fev;26(1):5-7.
20. Torres Neto JR; Arcieri JS; Teixeira FR. Aspectos epidemiológicos dos pólipos e lesões plano-elevadas colorretais. *Rev bras Coloproct*, 2011;30(4): 419-429.
21. Collett JA, Olynyk JK, Platell CF. Flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer in average-risk people: update of a community-based project. *Med J Aust* 2000;173(9):463-6
22. Manzione CR, Nadal SR, Nadal MA, Melo SVM. Análise Morfológica e Histológica de Pólipos Colorretais Submetidos à Ressecção Endoscópica. *Rev Bras Coloproct* 2004;24(2):119-25
23. Almeida MG, Baraviera AC, Malheiros APR, Bellandi DM, Cury RM, Milman MHSA et al - Polipectomias endoscópicas _ estudo histopatológico e complicações. *Rev bras Coloproct* 2003;23:100-4.
24. Webb WA, McDaniel L, Jones L - Experience with 1000 colonoscopic polypectomies. *Ann Surg* 1985;201:626-32.
25. Santos JM; Felício F; Lyra junior HF; Martins MRC; Cardoso FB. Análise dos Pólipos Colorretais em 3.491 Videocolonoscopias. *Rev bras Coloproct*, 2008;28(3): 299-305.

4 ANEXOS

ANEXO A

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo informações de Seres Humanos, a Sra. Daniela Schwingel, médica, e o Dr. Rubens Rodriguez, representantes legais do Instituto de Patologia de Passo Fundo, RS, envolvidos no projeto de pesquisa intitulado "ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO SUL DO PAÍS, desenvolvido pelo pesquisador Abcael Martins Santos Alves e pelo coordenar do projeto, Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo, declaram estar cientes e de acordo com seu envolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir com as legislações vigentes.

Assinatura do Responsável Técnico
Rubens Rodriguez

Assinatura do Diretor Responsável pelo Instituto de Patologia
Daniela Schwingel

Assinatura do Coordenador do Projeto
Prof. Me. Nilton Maiolini Bonadeo
CRM 21306

Passo Fundo, ___ de _____ de _____.

ANEXO B**PARECER**

Autor(a): Abcael Martins Santos Alves

Orientador(a): Dr. Nilton Maiolini Bonadeo

Responsável HSVP: Dr. Nilton Maiolini Bonadeo

Caros Pesquisadores,

A Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital São Vicente de Paulo analisou seu projeto intitulado: **“Análise de ressecções colonoscópicas de pólipos colorretais em um centro de referência no interior do Sul do país”** e aprovou o estudo.

Queremos lembrar da necessidade de o pesquisador e o responsável junto à instituição manterem o Instituto de Educação Ensino e Pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo atualizado sobre o desenvolvimento do projeto dentro do Hospital, informando sobre a aprovação na Plataforma Brasil e também sobre publicações ou apresentações dos resultados desta pesquisa (relatórios parciais e finais deverão ser encaminhados a este setor), inserindo o HSVP nas publicações advindas deste projeto.

O Instituto agradece a iniciativa em pesquisar no Hospital Ensino São Vicente de Paulo e deseja um ótimo trabalho aos pesquisadores, ressaltando que sejam cumpridas as normas regulamentares do HSVP e da Resolução CNS 446/12.

Atenciosamente,

Alexandre Pereira Tognon, MD, PhD

Diretor

Instituto de Educação Ensino e Pesquisa
Hospital São Vicente de Paulo

Valéria Sumye Milani

Centro de Pesquisa e Pós-Graduação
Hospital São Vicente de Paulo

ANEXO C**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE RESSECÇÕES COLONOSCÓPICAS DE PÓLIPOS COLORRETAIS EM

UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DO
SUL DO PAÍS

Pesquisador: NILTON MAIOLINI BONADEO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88618518.5.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.730.177

Apresentação do Projeto:

TRANSCRIÇÃO – RESUMO

Neste trabalho, objetiva-se descobrir as características de ressecções colonoscópicas de pólipos colorretais. Para tanto, a amostra não-probabilística de conveniência será constituída de pacientes submetidos a colonoscopia por indicações diversas registrados entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016 e serão coletados dados dos pacientes (indicação do exame; sexo; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo e a análise das biopsias (tipo histológico) serão fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias, entre os anos 2014-2016. Conhecendo o perfil dos casos de polipose intestinal será possível planejar ações que visem a prevenção primária, o diagnóstico precoce e atenção aos fatores de risco envolvidos.

Objetivo da Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – HIPÓTESE:

A incidência dos pólipos colorretais varia de 5% a 50% aumentando com a idade, em sua maioria localizados no cólon esquerdo e está associado ao sexo masculino.

HIPÓTESE – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequada.

TRANSCRIÇÃO – OBJETIVOS:

Objetivo Primário:

Verificar os aspectos epidemiológicos, endoscópicos e histológicos dos pólipos colorretais nos pacientes submetidos a exame colonoscópico por indicações diversas.

Objetivo Secundário:

- Determinar a incidência de pólipos colorretais diagnosticados no Serviço de Endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo/Passo Fundo- RS.- Descrever o perfil demográfico dos pacientes e possíveis fatores de risco envolvidos (sexo e idade).- Descrever o aspecto macroscópico (sésil, pediculado, plano-elevado) e diâmetro das lesões.- Descrever a localização anatômica dos achados (ceco, cólon ascendente, flexura hepática, cólon transversal, cólon transversal médio, flexura esplênica, cólon descendente, cólon sigmóide, retossigmóide e reto).- Descrever as características histológicas e grau de malignidade das ressecções (tipo histológico e grau de displasia).

OBJETIVOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

TRANSCRIÇÃO – RISCOS:

Existe o risco de exposição da identidade dos pacientes a partir dos prontuários. Visando minimizar este risco, a planilha eletrônica será manuseada somente pela equipe de pesquisa, que se compromete a não divulgar as informações, utilizando-as somente para fins das análises previstas no estudo, substituindo os nomes dos pacientes por uma numeração crescente em ordem cronológica. Caso o risco venha a ocorrer, o estudo será interrompido.

No caso de ocorrer risco não previstos em níveis acima do aceitável a atividade relacionado ao risco será interrompida.

RISCOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequado.

TRANSCRIÇÃO – BENEFÍCIOS:

Devido à natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes, entretanto, após a devolutiva ao Hospital São Vicente de Paulo dos dados e das análises, a comunidade como um todo poderá ser beneficiada a medida em que novos conhecimentos descobertos acerca das características epidemiológicas dos indivíduos acometidos pelas lesões, e os

resultados da pesquisa, forem utilizados em ações de prevenção e combate ao CCR na região.

BENEFÍCIOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO – DESENHO:

Estudo quantitativo do tipo transversal observacional descritivo, a ser realizado em um serviço de endoscopia digestiva no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de maio a dezembro de 2018.

DESENHO – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequado.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA PROPOSTA:

Estudo quantitativo do tipo transversal observacional descritivo, a ser realizado em um serviço de endoscopia digestiva no Hospital São Vicente de Paulo, em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, de maio a dezembro de 2018. A população do estudo será constituída de pacientes submetidos a colonoscopias por indicações diversas. A amostra não-probabilística de conveniência será constituída de pacientes submetidos a colonoscopia por indicações diversas registrados entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2016. Através da análise do sistema de registro do serviço foi verificado uma estimativa de 4500 prontuários de pacientes a serem analisados. Como critérios de inclusão serão considerados: todos os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos ao exame de colonoscopia entre os anos de 2014 a 2016. Como critérios de exclusão serão considerados: presença de neoplasia intestinal já diagnosticada previamente; lesões altamente sugestivas de neoplasia; prontuários incompletos (falta de dados ou do anatomopatológico dos pólipos biopsiados); pólipos perdidos ou não biopsiados durante o exame de colonoscopia. O trabalho será submetido à Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital São Vicente de Paulo e, após ciência e concordância do hospital e dos serviços de patologia, o protocolo de estudo será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. Existe o risco de exposição da identidade dos pacientes a partir dos prontuários. Visando minimizar este risco, a planilha eletrônica será manuseada somente pela equipe de pesquisa, que se compromete a não divulgar as informações, utilizando-as somente para fins das análises previstas no estudo, substituindo os nomes dos pacientes por uma numeração crescente em ordem cronológica. Caso o risco venha a ocorrer, o estudo será interrompido. No caso de ocorrer risco não previstos em níveis acima do aceitável

a atividade relacionado ao risco será interrompida. Devido à natureza do estudo, não estão previstos benefícios diretos aos participantes, entretanto, após a devolutiva ao Hospital São Vicente de Paulo dos dados e das análises, a comunidade como um todo poderá ser beneficiada a medida em que novos conhecimentos descobertos acerca das características epidemiológicas dos indivíduos acometidos pelas lesões, e os resultados da pesquisa, forem utilizados em ações de prevenção e combate ao CCR na região. Considerando que serão utilizados dados oriundos de prontuários dos pacientes, dos quais muitos não estão em atendimento nos referidos hospitais, o que dificulta a obtenção do TCLE, será solicitado a dispensa do mesmo, conforme o apêndice 3.

METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS DO RELATOR:

- Informar como será realizada a devolutiva dos resultados aos participantes.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Todos os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos, submetidos ao exame de colonoscopia entre os anos de 2014 a 2016.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequado.

TRANSCRIÇÃO – CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

Presença de neoplasia intestinal já diagnosticada previamente; lesões altamente sugestivas de neoplasia; prontuários incompletos (falta de dados ou do anatomopatológico dos pólipos biopsiados); pólipos perdidos ou não biopsiados durante o exame de colonoscopia.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequado.

TRANSCRIÇÃO – METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Serão coletados dados dos pacientes (indicação do exame; sexo; idade; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo e a análise das biopsias (tipo histológico), num máximo de 05 lesões por exame, serão fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias. Os dados serão transcritos em uma ficha (apêndice 1) para posterior

digitação em banco de dados a ser criado no Epidata 3.1 (distribuição livre) e posteriormente exportados para o programa PSPP (distribuição livre) para análise estatística. Além disso, a equipe de pesquisa compromete-se com o uso adequado de dados de arquivo, conforme o apêndice 2. As variáveis quantitativas serão descritas pela média e desvio-padrão e as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR:
adequada.

TRANSCRIÇÃO – DESFECHOS
Incidência e fatores associados aos pólipos colorretais.

DESFECHOS – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequado.

TRANSCRIÇÃO – OUTRAS INFORMAÇÕES
Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?
Sim

Detalhamento:

Serão coletados dados dos pacientes (indicação do exame; sexo; idade; localização das lesões; tamanho das lesões) por meio dos prontuários do serviço de endoscopia do Hospital São Vicente de Paulo e a análise das biopsias (tipo histológico), num máximo de 05 lesões por exame, serão fornecidas pelo serviço de Patologia do Hospital São Vicente de Paulo e pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo, de acordo com o encaminhamento realizado anteriormente para a análise das biópsias. Os dados serão transcritos em uma ficha (apêndice 1) para posterior digitação em banco de dados a ser criado no Epidata 3.1 (distribuição livre) e posteriormente exportados para o programa PSPP (distribuição livre) para análise estatística. Além disso, a equipe de pesquisa compromete-se com o uso adequado de dados de arquivo, conforme o apêndice 2. Considerando que serão utilizados dados oriundos de prontuários dos pacientes, dos quais muitos não estão em atendimento nos referidos hospitais, o que dificulta a obtenção do TCLE, será solicitado a dispensa do mesmo, conforme o apêndice 3.

TRANSCRIÇÃO – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO
Coleta de dados 01/06/2018 a 31/07/2018

Análise dos dados 02/07/2018 a 31/08/2018
Revisão de literatura 01/05/2018 a 31/12/2018
Redação e divulgação dos resultados 20/08/2018 a 31/12/2018

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS DO RELATOR: adequado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: adequada.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ONDE SERÃO COLETADOS OS DADOS: adequado.

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO (por exemplo: prontuários): adequado.

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: adequado.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: adequado.

Recomendações:

- Incluir a entrega do relatório final e parcial de projeto, sendo que a) Relatório parcial de projeto (Resolução 466/12 II.20 – é aquele apresentado semestralmente durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento, quando completado o prazo regimental, b) Relatório final de projeto (Resolução 466/12 II.19 – é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados), quando completado o prazo regimental.

- Realizar a devolutiva dos resultados a todas as instituições, incluindo o Instituto de Patologia de Passo Fundo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos ao desenvolvimento do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa.

Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1118739.pdf	08/06/2018 09:58:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatclemodificado1.PDF	08/06/2018 09:57:13	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito
Outros	respostapendenciacep.docx	08/06/2018	NILTON	Aceito

		09:03:00	MAIOLINI BONADEO	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomodificado1.pdf	08/06/2018 08:55:34	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	23/04/2018 07:48:02	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito
Outros	ficha_coleta_dados.docx	20/04/2018 16:05:19	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito
Outros	termo_ciencia_instituto.PDF	20/04/2018 16:02:26	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito
Outros	termo_ciencia_HSVP.PDF	20/04/2018 16:02:10	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito
Outros	termo_uso_dados.PDF	20/04/2018 15:59:29	NILTON MAIOLINI BONADEO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 22 de Junho de 2018

Assinado por:
Valéria Silvana Faganello Madureira
(Coordenador)

ANEXO D

NORMAS PARA SUBMISSÃO

A GED, órgão oficial da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva – SOBED, da Federação Brasileira de Gastroenterologia – FBG, da Sociedade Brasileira de Hepatologia – SBH, do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva – CBCD e da Sociedade Brasileira de Motilidade Digestiva – SBMD, tem por objetivo a divulgação de trabalhos que contribuam para o progresso da Gastroenterologia, da Endoscopia Digestiva, da Hepatologia, da Cirurgia Digestiva e da Motilidade Digestiva.

São publicáveis as colaborações que, enviadas à Secretaria da GED (Av. Brig. Faria Lima, 2.391 – 10º andar – cj. 102 –1452-000 – São Paulo, SP, e-mail ged@fbg.org.br), forem aceitas pelo Conselho Editorial e não tenham sido previamente publicadas e nem o venham a ser, simultaneamente, em outros periódicos. Serão aceitos artigos escritos na língua portuguesa. A critério do Conselho Editorial, poderão ser considerados manuscritos em língua inglesa e castelhana.

Artigos Originais

De pesquisa clínica e/ou experimental, devem apresentar a aprovação da pesquisa pelo Conselho de Ética do hospital, serviço ou instituição onde o trabalho foi realizado. Os artigos devem ser estruturados com os seguintes itens: Resumo e Unitermos, Summary e Keywords, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões e Referências (acompanhado de unitermos). O título do Artigo Original deverá ser bilíngue (português e inglês).

Introdução – Em que se apresenta a justificativa para o estudo, com referências relacionadas ao assunto e o objetivo do artigo.

Métodos – Em que se apresentam: a) descrição da amostra utilizada; b) mencionar se há consentimento informado; c) identificação dos métodos, aparelhos e procedimentos utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados pelos leitores; d) breve descrição e referências de métodos publicados mas não conhecidos amplamente; e) descrição de métodos novos ou modificados; f) se for o caso, referir a análise estatística utilizada, bem como os programas empregados.

Resultados – Em que serão apresentados os resultados em sequência lógica, em forma de texto, tabelas e ilustrações; recomenda-se evitar repetição excessiva de dados em tabelas ou ilustrações e no texto. No texto, números menores que 10 serão grafados por extenso; de 10 em diante, serão expressos em algarismos arábicos.

Discussão – Em que serão enfatizados: a) os aspectos originais e importantes do artigo, evitando repetir dados já apresentados anteriormente; b) a importância e as limitações dos achados, confrontando com dados da literatura; c) a ligação das conclusões com os objetivos do estudo; d) as conclusões decorrentes do estudo.

Referências – As Referências devem ser numeradas na ordem em que são citadas primeiramente no texto. Elas devem seguir as regras do Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals – <http://www.icmje.org>.

Alguns exemplos mais comuns são apresentados a seguir.

Exemplos:

1. Artigo padrão em periódico (devem ser listados todos os autores; se houver mais de seis, citar os seis primeiros, seguidos por et al.): Alper CA, Kruskal MS, Marcus-Bagle Y, Craven DE, Katz AJ, Brint SJ, et al. Genetic prediction of response to hepatitis B vaccine. *N Engl J Med*. 1989;321:708-12.
2. Autor institucional: NHI Consensus Development Panel on Helicobacter pylori in Peptic Ulcer Disease. *Helicobacter pylori in peptic ulcer disease*. *JAMA*. 1994;272:65-9.
3. Livro com autor(es) responsável(is) por todo o conteúdo: With TK. *Bile pigments*. New York: Academic Press, 1968.
4. Livro com editor(es) como autor(es): Magrath I, editor. *The non-Hodgkin's lymphomas*. 2nd ed. London: Arnold, 1997.
5. Capítulo de livro: Warshaw AL, Rattner DW. Residual common duct stones and disorders of duodenal ampullae. In: Ellis H, editor. *Maingot's abdominal operations*. New York: Lange Publishers, 1990:1471-2

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (List of Journals Indexed). Se o periódico não constar dessa lista, grafar o nome por extenso.

Tabelas – As tabelas devem possuir um título sucinto, com itens explicativos dispostos em seu pé. Devem ser numerados sequencialmente com algarismos arábicos.

Figuras – Serão aceitas figuras em preto e branco. Figuras coloridas poderão ser publicadas quando forem essenciais para o conteúdo científico do trabalho; nesses casos, o ônus de sua publicação caberá aos autores.