



## ESTUDO DOS FATORES DE RISCO DEVIDO A ALTA PREVALÊNCIA DE COLECISTITE

**Autor:** Heytor dos Santos Flora

**Orientador:** Juliana Santiago Silva

**Curso:** Medicina **Período:** 10<sup>o</sup> **Área de Pesquisa:** colecistite/colelitíase

**Resumo:** A colecistite é uma inflamação da parede da vesícula biliar, que em 95% dos casos ocorre como consequência de um cálculo, chamado assim, colelitíase. O primeiro sintoma é a cólica biliar, que é resultado de uma impactação temporária de um cálculo. Com o decorrer da patologia, poderá ocorrer inflamação, que ocasionará na chamada colecistite. Estima-se que mais de 259 mil pacientes foram internados em hospitais por colecistite no ano de 2017, causando uma taxa de prevalência de 125 internações para cada 100 mil habitantes. Em Minas Gerais os valores ultrapassam a prevalência do país, chegando a uma taxa de 128 internações para cada 100 mil habitantes no ano de 2017. Foi realizado um estudo observacional transversal. Durante o segundo semestre de 2018, foram entrevistados 48 adultos. Nesse sentido, considerando Manhuaçu uma Região de Saúde, a qual atende à 23 municípios, incluindo Manhumirim, torna-se necessário investigar fatores de risco que estejam relacionados com o aumento da prevalência da colecistite. A coleta de dados foi realizada a partir aplicação de um questionário, com 15 perguntas de múltipla escolha. Os resultados mostram um predomínio da prevalência na faixa etária superior aos 40 anos; Sexo feminino, cor autodeclarada branca e histórico familiar de 1<sup>o</sup> grau também mostram uma relação; IMC e hábitos de vida inadequados (tabagismo, etilismo, pouca atividade física, alimentação a base de carboidratos e gordura) sugerem uma predisposição a colecistite; e quanto as doenças, as mais frequentes foram as associações de diabetes, hipertrigliceridemia e hipertensão. Não foi constatada nenhum fator de risco diferente da literatura entretanto, a alta prevalência na região de saúde de Manhuaçu é notória.

**Palavras-chave:** Colecistite; Hábitos alimentares; Colecistectomia; Prevenção; Hábitos de Vida.

## 1 INTRODUÇÃO

A colecistite é uma inflamação da parede da vesícula biliar, que em 95% dos casos ocorre como consequência de um cálculo, chamado assim, colelitíase. Em 5% dos casos tem-se causas menos prevalentes, sendo classificadas como colecistite agudas não calculosas (NUNES, 2016).

O primeiro sintoma é a cólica biliar, que é resultado de uma impactação temporária de um cálculo. Nesse ponto, não há uma inflamação. Entretanto, com a frequência das cólicas ocorre processos inflamatórios. Esses processos trazem dor no quadrante superior direito e uma hipersensibilidade na palpação na região subcostal direita. O sinal de Murphy pode auxiliar nessa diferenciação, quando positivo distingue a colecistite aguda de uma cólica biliar, pois nessa já está presente o processo inflamatório (TOWNSEND, 2015).

O diagnóstico da colelitíase é confirmado através da ultrassonografia abdominal, que apresenta um sensibilidade de 85% e especificidade de 95%. A vantagem desse exame é a capacidade de não ser invasivo, logo sendo confortável ao paciente e de fácil manipulação pelo profissional (NUNES, 2016; TOWNSEND, 2015).

O tratamento dessa patologia consiste na remoção cirúrgica da vesícula (colecistectomia). O momento da intervenção é bastante discutido na literatura. Entretanto, alguns estudos mostram que a colecistectomia precoce é mais segura, devido as complicações do trato biliar que podem ocorrer. Assim, a indicação é de que a colecistectomia seja realizada em até uma semana do início dos sintomas (NUNES, 2016). Estudos mostram que na colelitíase aguda não complicada, a cirurgia videolaparoscópica é a melhor indicação, visto a baixa mortalidade e a diminuição do tempo de internação do paciente. Além disso, o paciente está exposto a uma menor taxa de infecção pós cirúrgica, menos dor e uma recuperação mais rápida (SANKARANKUTTY, 2013).

Os principais fatores de risco para a colecistectomia ainda é discutível, sendo o aumento da idade, obesidade e fatores dietéticos os mais relatados na literatura. A formação dos cálculos é multifatorial, tendo a genética como influenciador na patologia. Drogas, hormônios, anticoncepcionais e perda de peso após cirurgia bariátrica também são caracterizados como influenciadores. Entretanto, as características dietéticas se mostram como as mais influenciadoras, capazes de alterar o seguimento da colelitíase (NUNES, 2016; SHAFFER, 2006; CHANDRAM, 2013).

Pelo fato da colelitíase ser uma patologia que apresenta vários fatores de risco, a causa para esse aumento na prevalência contabilizado na Gerencia Regional de Saúde de Manhumirim deve ser investigada. Fatores de risco relacionado a hábitos de vida, costumes alimentares, práticas de atividades físicas, entre outros, podem estar elevando essas taxas.

O Brasil é um país que possui muitos fatores de risco para a colelitíase. Estima-se que mais de 259 mil pacientes foram internados em hospitais por colelitíase ou colecistite no ano de 2017, causando uma taxa de prevalência de 125 internações para cada 100 mil habitantes. Com isso foram gastos 209,2 milhões de reais com esses pacientes. Em Minas Gerais os valores ultrapassam a prevalência do país, chegando a uma taxa de 128 internações para cada 100 mil habitantes no ano de 2017, desencadeando um gasto de 22,4 milhões de reais (BRASIL, 2018; MINAS GERAIS, 2018).

Comparando as divisões administrativas de saúde do estado de Minas Gerais, tem-se que a Gerencia Regional de Saúde de Manhumirim teve uma

prevalência de internações de 195 casos para cada 100 mil habitantes em 2017, um valor consideravelmente elevado se comparado com a média brasileira. Esses valores causaram um gasto de 645,4 mil reais por ano (BRASIL, 2018; MINAS GERAIS, 2018).

Outras regiões de saúde do estado de Minas Gerais, também apresentaram uma média superior em relação a brasileira. Como comparação, a Gerencia Regional de Saúde Governador Valadares teve uma taxa de prevalência de internações em 2017 de 144 casos para cada 100 mil habitantes, a Gerencia Regional de Saúde de Diamantina aferiu uma taxa de 133 casos, e Alfenas 173 casos (BRASIL, 2018; MINAS GERAIS, 2018).

Comparando a Gerencia Regional de Saúde de Manhumirim com regiões de saúde próximas, observamos que as taxas continuam muito elevadas. A Gerencia Regional de Saúde de Ponte Nova, por exemplo, apresentou uma taxa de prevalência de internações de 124 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2018; MINAS GERAIS 2018).

Em relação aos fatores econômicos, os valores gastos na Gerencia Regional de Saúde Manhumirim são elevados, como exemplo, a Gerencia Regional de Saúde de Governador Valadares que apresenta uma população em média de 677,5 mil habitantes em 2017, gastou cerca de 736,4 mil reais no ano de 2017. Enquanto a Gerencia Regional de Saúde Manhumirim que possui uma população inferior de 440,1 mil habitantes, gastou incríveis 645,4 mil reais no ano de 2017 (BRASIL, 2018; MINAS GERAIS 2018).

Os custos elevados para a cirurgia é outro fator que preocupa a economia do país, pois a cirurgia padrão ouro no momento, a qual é a videolaparoscópica, apresenta um custo superior, do que a segunda opção, que é a cirurgia aberta. (ABAID, 2014) A colecistectomia videolaparoscópica mostrou diminuir o tempo cirúrgico e o tempo de internação do paciente, por ser um procedimento menos invasivo. (BRASIL, 2018), e com isso diminui as complicações cirúrgicas que podem ocorrer, como a pancreatite aguda biliar, que acomete cerca de 5% das pessoas com colecistite no ano (SANKARANKUTTY, 2012).

Nesse sentido, considerando Manhuaçu uma Região de Saúde, a qual atende à 23 municípios, incluindo Manhumirim, torna-se necessário investigar fatores de risco que estejam relacionados com o aumento da prevalência da colecistite.

## **2 METODOLOGIA DE PESQUISA**

Foi realizado um estudo observacional transversal. Essa pesquisa trabalha quanto a área da saúde preventiva, de objetivo descritivo e exploratório, procedimentos de campo e aferição quantitativa. Quanto ao procedimento técnico, se baseia em um trabalho com levantamento de amostra sem fins de quotas intencionais.

Durante o segundo semestre de 2018, foram entrevistados 48 adultos (idade superior a 18 anos) de ambos os sexos, residentes na cidade de Manhuaçu, que possui cerca de 89.200 habitantes com um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,776. Os pacientes eram abordados na internação ou no pós operatório da cirurgia.

O Hospital Cesar Leite, o qual foi o local de aplicação dos questionários, representa uma entidade regional que atende cerca de 300 mil habitantes considerando as cidades vizinhas.

A coleta de dados foi realizada a partir aplicação de um questionário, com 15 perguntas de múltipla escolha, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) em duas vias, aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisa da UNIFACIG de Manhuaçu, Minas Gerais. As perguntas eram perguntadas ao paciente e respondidas com sim, não ou de acordo com as alternativas. Quando solicitado, eram repetidas as perguntas sem quaisquer interferências nas respostas.

O questionário (APÊNDICE A) contém perguntas sobre dados pessoais (idade, sexo, peso), hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo e atividade física), hábitos alimentares (café, tipos de carne, frituras, doces, refrigerantes), histórico familiar (história de colelitíase na família) e informações ginecológicas em caso de pacientes do sexo feminino (contraceptivos, gravidez, menopausa). Este foi aplicado a todos os pacientes selecionados a colecistectomia nos hospital Cesar Leite de Manhuaçu, Minas Gerais.

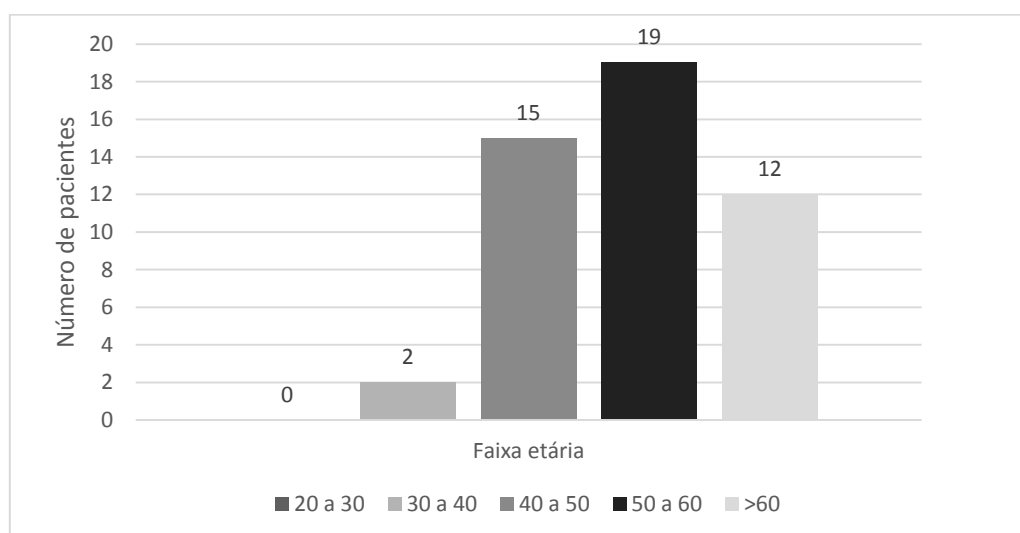
A amostra foi composta por indivíduos selecionados aleatoriamente, que estavam prescritos para a cirurgia de colecistectomia ou no pós operatório da mesma. Todos os entrevistados foram convidados a participar do estudo respeitando os critérios de inclusão: aceitação do paciente em responder ao questionário completo e ser um paciente selecionado à colecistectomia ou ter feito a cirurgia recentemente, se encontrando no pós-operatório no momento. O questionário foi aplicado no Hospital Cesar Leite, e todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa aceitaram assinar.

### 3 RESULTADOS

Foram realizadas 48 entrevistas, com pacientes portadores de colecistite, ou no pós operatório da cirurgia de colecistectomia no Hospital César Leite em Manhuaçu.

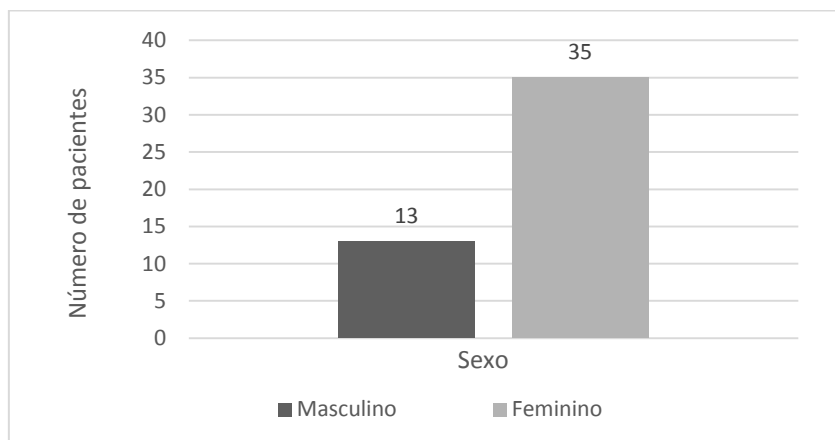
Na figura 1, observa-se um predomínio no número de pacientes na faixa etária entre 50 e 60 anos, totalizando 19 pacientes.

**Figura 1:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com a faixa.



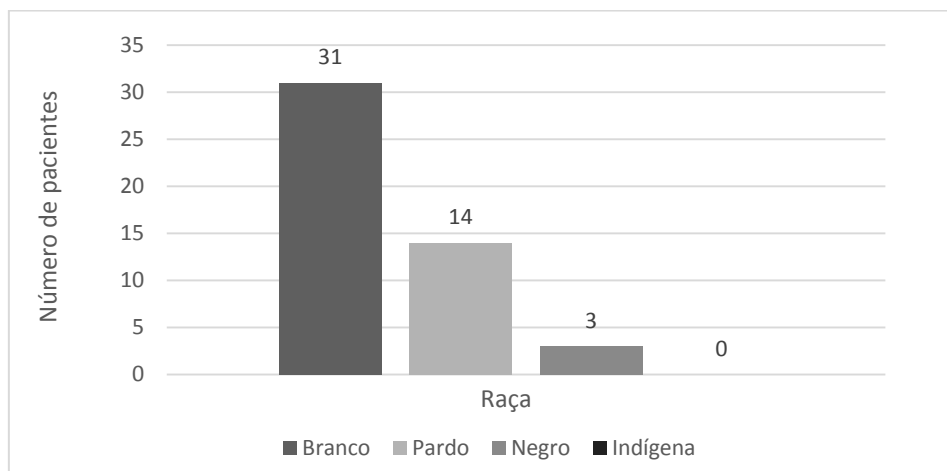
Quanto a prevalência da patologia em relação ao sexo, foi encontrado (Figura 2) um número superior de mulheres, com 35 pacientes, enquanto o número de homens foram de 13 pacientes.

**Figura 2:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o sexo.



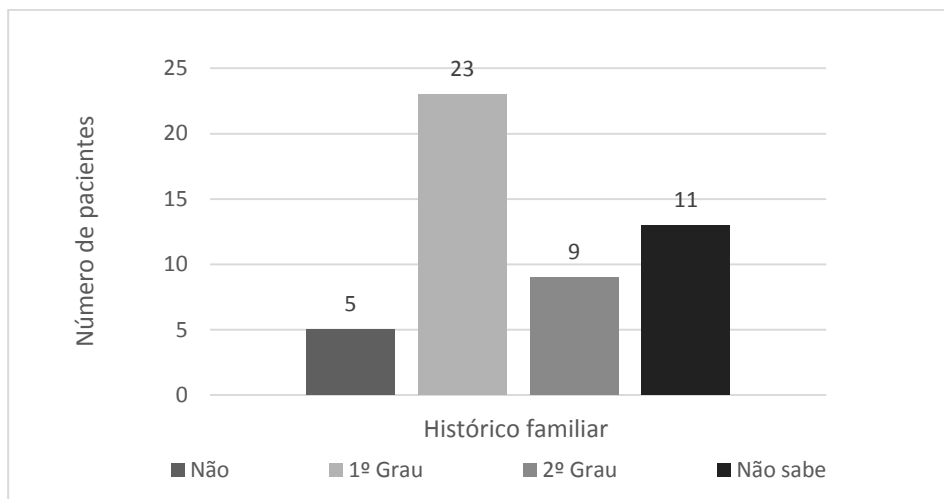
Quanto a raça (Figura 3) o número de pacientes que se autodeclararam brancos foram predominante com 31 pacientes, sendo 14 pacientes que se consideravam pardos, e 3 que se consideraram negros. Enfatizando que não foram encontradas declarações quanto a raça indígena.

**Figura 3:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com a raça.



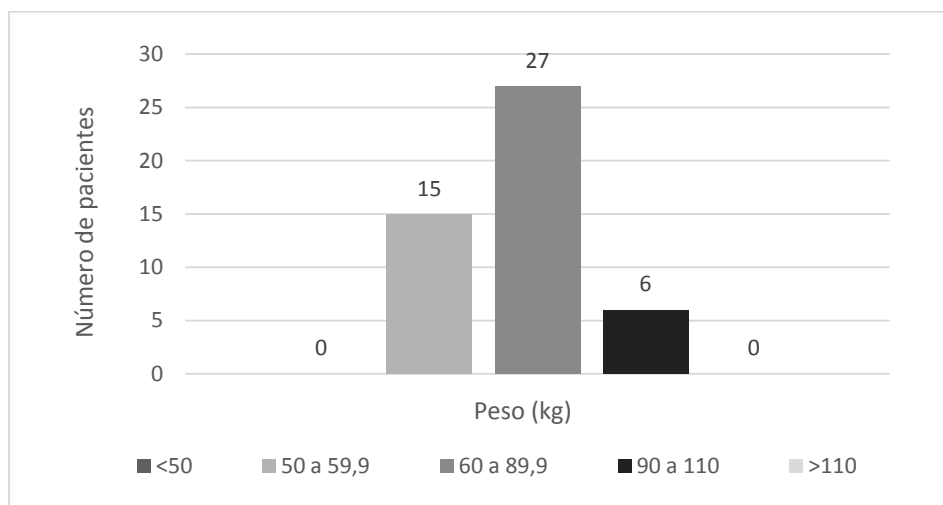
A relação do histórico familiar com a patologia também foi abordado nos questionários (figura 4), e observou-se um predomínio nos graus de parentesco de 1º grau (23 pacientes), enquanto àqueles que alegaram não saber dizer o histórico familiar (11 pacientes), e ter pacientes de 2º grau com a doença da vesícula (9 pacientes) tiveram números menores encontrados.

**Figura 4:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o histórico familiar.



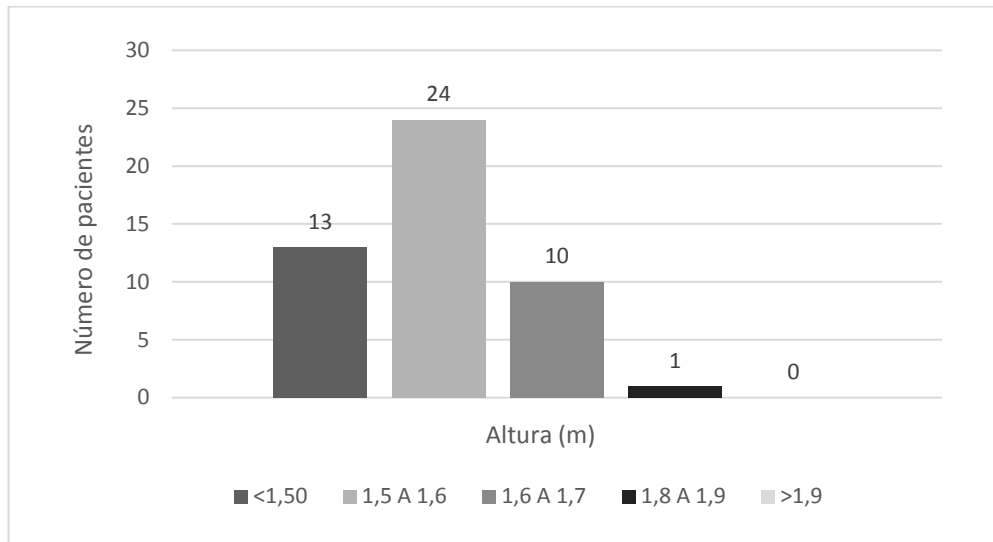
Na figura 5, foi constatado que a maioria do pacientes (27), estão com peso entre 60 e 89,9 quilogramas (kg). Os outros pacientes estavam na faixa de 50 a 59,9 kg (15 pacientes) e 90 a 110 (6 pacientes). Não foram encontrados pacientes com mais de 110 kg ou com menos de 50 kg.

**Figura 5:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o peso



Em relação à altura (Figura 6) a variável entre 1,5 a 1,6 metros mostrou a maior proporção (24 pacientes), enquanto que menores de 1,5 metros totalizaram 13 pacientes. Entre 1,6 e 1,7 metros 10 pacientes e apenas 1 paciente entre a faixa de 1,8 e 1,9 metros. Não foram encontrados pacientes maiores de 1,9 metros de altura.

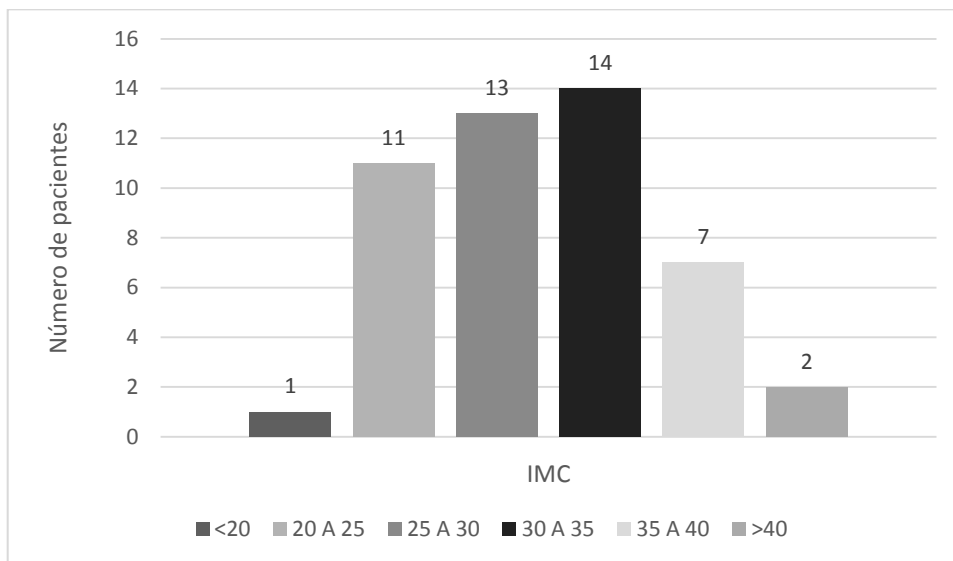
**Figura 6:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com a altura



Com as duas variáveis de peso (kg) e altura (m<sup>2</sup>), pode ser calculado como visualizado na figura 7, o índice de massa corporal (IMC), o qual encontrou uma prevalência alta nos valores de 30 a 35 kg/m<sup>2</sup> (14 pacientes) e 25 a 30 kg/m<sup>2</sup> (13 pacientes), sendo esses valores categorizados como obesidade grau 1 e sobrepeso, respectivamente. Outros pacientes na faixa de 20 a 25 kg/m<sup>2</sup>, que são considerados na faixa normal, foram encontrados em 11 portadores de colecistite.

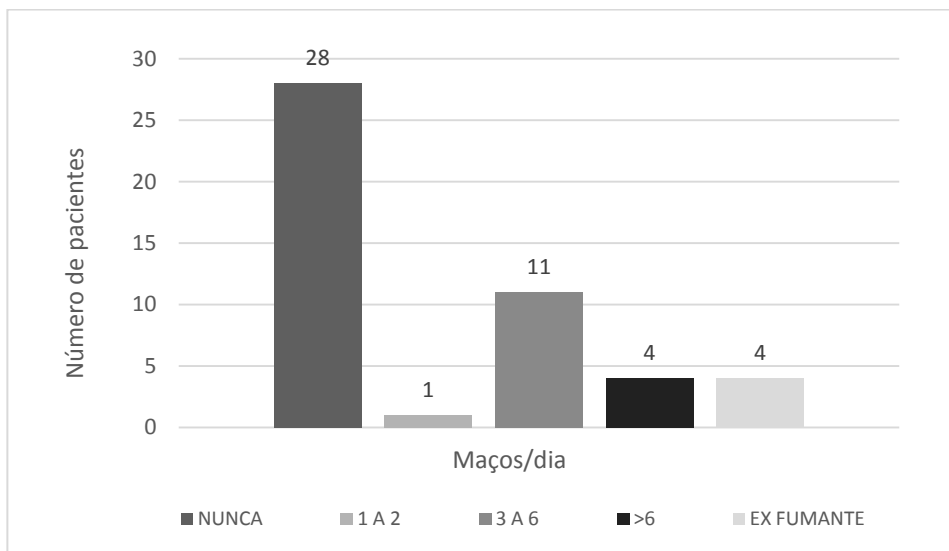
Outros 7 pacientes foram classificados na faixa de 35 a 40 kg/m<sup>2</sup>, o que é considerado sobrepeso grau 2, e apenas 2 pacientes foram classificados como obesos grau 3 (IMC maior que 40). Apenas 1 paciente apresentou IMC menor que 20, o que pode ser considerado como classificação abaixo da normalidade.

**Figura 7:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o



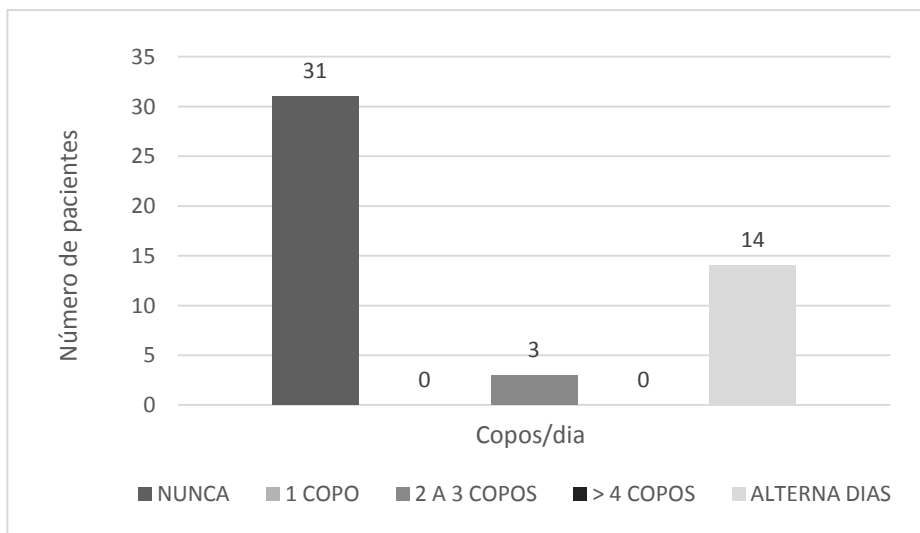
Outra variável da pesquisa é relacionada ao consumo de cigarros (Figura 8). Quanto ao consumo de cigarros um elevado número (28 pacientes) negou fazer uso de tabaco. Um número considerável (11 pacientes) assumiram fumar 3 a 6 maços por dia, e o número relacionado para fumantes de mais de 6 maços ou ex fumantes foi o mesmo, quatro pacientes. Apenas 1 paciente relatou fumar 1 a 2 maços por dia.

**Figura 8:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o número de maços de cigarro por dia.



Em relação ao consumo de cerveja (Figura 9), a maioria assumiu não consumir ou que nunca consumiu (31 pacientes). Outros 14 pacientes relataram que consomem em dias alternados, e 3 pacientes assumiram consumir 2 a 3 copos por dia. Não foi encontrado pacientes que consumiam 1 copo por dia ou mais de 4 copos.

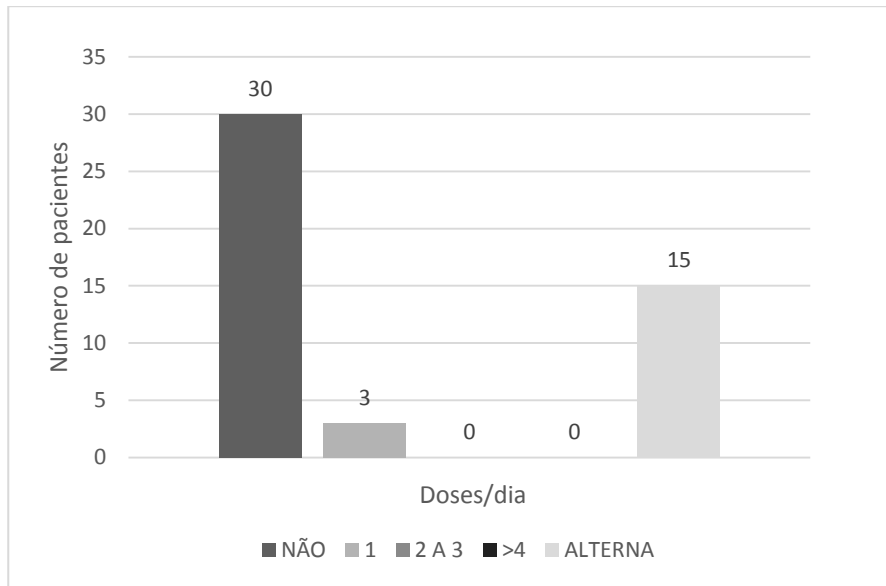
**Figura 9:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o número de copos de cerveja por dia.





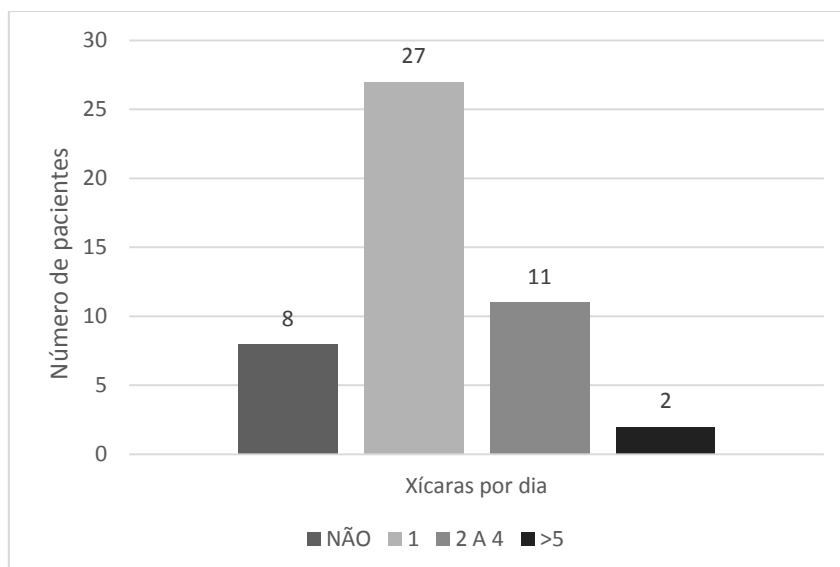
Outra abordagem realizada foi quanto ao consumo de destilados (Figura 10). O número de não consumidores (30 pacientes), enquanto àqueles que alternam (15 pacientes) e que consomem 1 dose por dia (3 pacientes), tiveram números inferiores. Não foi encontrado pacientes que consumiam destilados 2 a 3 vezes por dia ou mais de 4 vezes por dia.

**Figura 10:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o número de doses por dia de destilados.



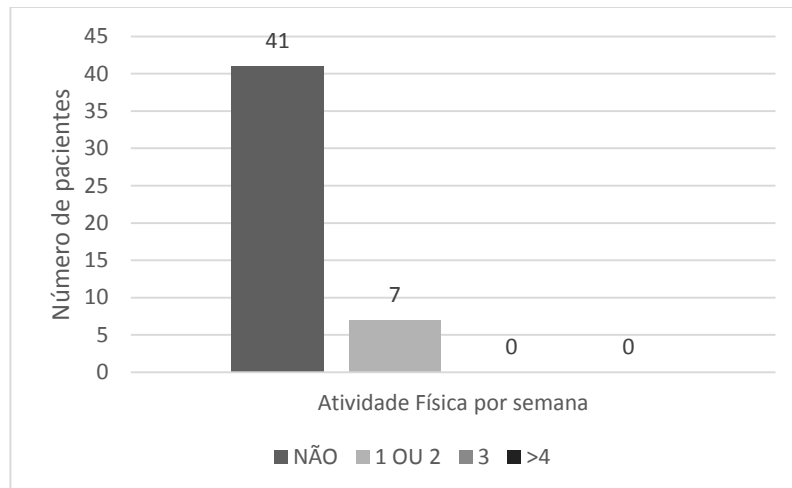
Outro assunto abordado com os pacientes foi quanto ao consumo de café (Figura 11). Foi observado um consumo de 1 xícara de café por dia (27 pacientes). Àqueles que relataram não consumir, consumir de 2 a 4 xícaras ou mais de 5 xícaras por dia, foram 8, 11, 2 pacientes, respectivamente.

**Figura 11:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com a quantidade de xícaras de café por dia.



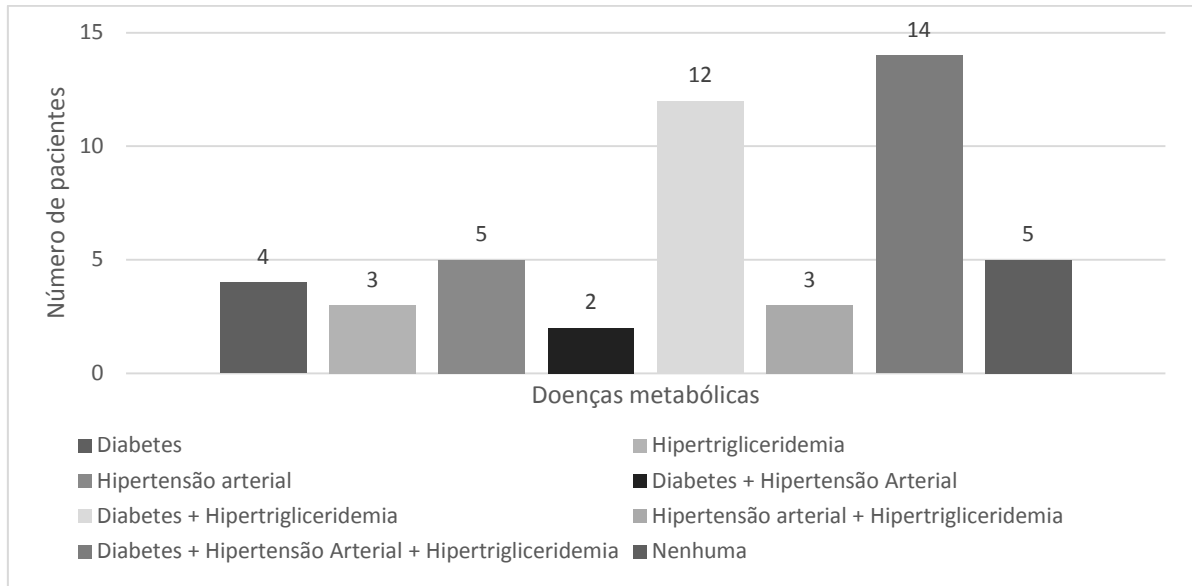
Foi questionado também quanto a realização de atividades físicas dos portadores de doenças na vesícula (Figura 12). O número de não praticantes de atividades físicas (41 pacientes), e apenas 7 pacientes que realizavam 1 a 2 vezes por semana as atividades. Não foi encontrado pacientes que relatavam realizar atividades físicas mais regulares, 3 vezes por semana ou mais de 4 vezes por semana.

**Figura 12:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com o quantidade de atividade física por semana.



Foi questionado também em relação as doenças metabólicas nesses pacientes (Figura 13). E foi visto que a maioria apresentava as 3 afecções principais; diabetes, hipertensão arterial e hipertrigliceridemia (14 pacientes), ou apenas diabetes e hipertrigliceridemia (12 pacientes).

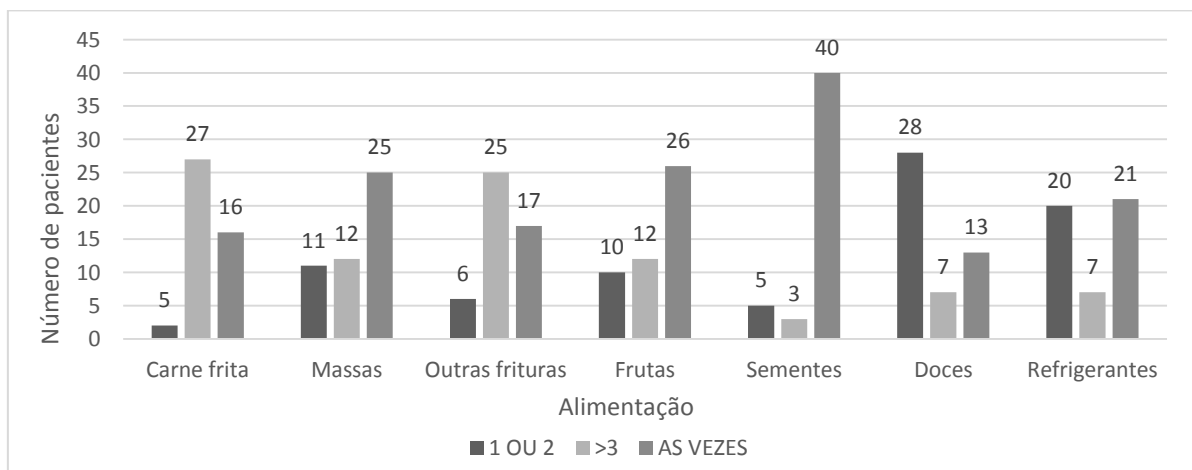
**Figura 13:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com as doenças metabólicas.



Outros resultados encontrados foi; apenas presença de diabetes (4 pacientes), apenas presença de hipertrigliceridemia (3 pacientes), apenas presença de hipertensão arterial (5 pacientes), dupla afecção de diabetes e hipertensão arterial (2 pacientes), dupla afecção de hipertensão arterial e hipertrigliceridemia (3 pacientes), e àqueles que negaram qualquer presença de doenças metabólicas (5 pacientes).

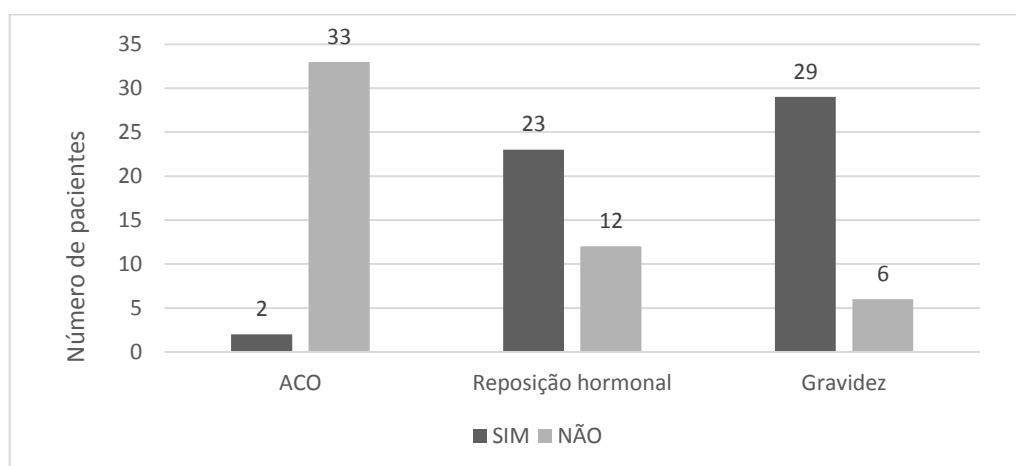
Uma outra abordagem não menos importante, foi a relação quanto a alimentação, que os pacientes faziam durante a semana, como mostrado na figura 14. E os resultados encontrados foram; os alimentos que eram consumidos 1 ou 2 vezes por semana tiveram destaque os refrigerantes (20 pacientes) e os doces (28 pacientes); os alimentos que eram consumidos mais de 3 vezes por semana, que tiveram destaque foram as carnes fritas (27 pacientes) e outros tipos de frituras (25 pacientes); e os alimentos que segundo os entrevistados eram consumidos alternadamente durante as semanas, e que merecem destaque, foram as massas (25 pacientes), as frutas (26 pacientes), as sementes (40 pacientes), e os refrigerantes (21 pacientes).

**Figura 14:** Número de pacientes que responderam ao questionário de acordo com a frequência e tipo de alimentação por semana



E o último quesito pesquisado, que foi exclusivamente às mulheres, é em relação a saúde da mulher (figura 15). E quanto ao uso de anticoncepcionais, 33 pacientes relataram não fazer uso, e apenas 2 confirmaram a administração da medicação. Quanto a reposição hormonal durante a idade fértil ou após a menopausa, 23 afirmaram realizar, e 12 negaram terem feito. E quanto a gravidez apenas 6 pacientes negaram, e 29 afirmaram terem se engravidado ao longo da vida.

**Figura 15:** Número de pacientes que responderam ao questionário quanto ao uso de anticoncepcional oral (ACO), reposição hormonal e gravidez.



#### 4 DISCUSSÃO

A frequência de colecistite/colelitíase na população é grande se comparada a outras patologias. Se tratando de impacto na saúde, um estudo mostrou que a taxa de internação de colecistite no estado do Rio Grande do Sul no ano de 2013 foi de 18,83 para cada 10.000 habitantes, enquanto em Minas Gerais essa taxa foi menor, com valor de 12,8 para cada 10.000 habitantes. Entretanto na região de saúde de Manhuaçu as taxas mais uma vez se sobressaem, atingindo 19,5 para cada 10.000 habitantes (NUNES, 2016)

Em relação aos dados obtidos, observou-se que a frequência em maiores de 40 anos se manteve comparado com outros estudos, entretanto foi notado uma frequência maior na população de 50 a 60 anos e uma queda da prevalência em maiores de 60 anos. Alguns estudos demonstram um aumento da população afetada na faixa etária dos 60 aos 69 anos. Isso demonstra que a faixa etária de maiores de 40 anos apresenta uma taxa mais elevada se comparada com outras faixas etárias. Entretanto não existe uma tendência linear da prevalência crescente com o aumento

da idade (LI, 2017) (ABU-ESHY, 2007). Outros estudos afirmam que a faixa etária alta sozinha, não afeta a prevalência da doença. (FRIEDRICH 2009).

A importância da faixa etária acima dos 50 anos para a colecistite apresenta outros fatores de mal prognóstico quanto ao tipo de cirurgia. Um estudo mostrou que pacientes com idade superior a 50 anos tem maior risco de conversão de uma cirurgia minimamente invasiva (videolaparoscópica ou robótica) para colecistectomia aberta (convencional). Alguns outros estudos afirmaram, que o ponto de corte para complicações cirúrgicas em relação a técnica para conversão poderia ser a partir dos 65 anos. Entretanto esses dados são conflitantes, podendo observar complicações a partir dos 40 anos, idade sobre a qual observou-se uma maior prevalência de colecistite nesse presente estudo (GANGEMI, 2017).

Quanto ao sexo foi encontrado um número superior de mulheres em relação ao de homens, que foi visto também em outros estudos. Quanto a raça, o fato de ser um fator autodeclarado, foi considerado como não sendo confiável. Entretanto foi relatado em estudos que a uma prevalência maior em brancos não hispânicos em relação a outras raças. E mesmo em indivíduos da mesma raça pode ocorrer oscilações quanto a frequência, como no estudo de Friedrish et al (2009), o qual relatou haver uma prevalência maior de doenças da vesícula em pacientes alemães quando comparados com dinamarqueses (WILKINS, 2017) (FRIEDRICH 2009).

Mesmo com a prevalência de colecistite maior em mulheres, um estudo chamou atenção em relação as doenças inflamatórias. Foi constatado que na Doença de Chron (DC) há uma prevalência de colecistite maior em homens, visto a maior frequência da DC em homens (FOUSEKIS, 2019).

A idade também parece influenciar na taxa de conversão de cirurgias minimamente invasivas para colecistectomia aberta. Em um estudo foi observado uma maior prevalência de colecistite em mulheres, entretanto uma maior dificuldade técnica em homens. A causa dessa dificuldade não foi compreendida, mas observou-se que a exploração cirúrgica minimamente invasiva foi dificultada, o que proporcionou uma maior taxa de conversão dessas cirurgias (GANGEMI).

O histórico familiar mostrou-se relacionado com a taxa de doenças na vesícula, e estudos confirmaram com a identificação de fatores de risco genéticos para a formação do cálculo de colesterol. Foi encontrada associação de fosfolípidos com mutações que codificam o transportador da fosfatidilcolina e mutações do gene transportador de sais biliares no íleo (LAMMERT, 2004) (WILKINS, 2017). Algumas doenças hereditárias podem aumentar a taxa de colecistite, consequentemente interferir como fator de risco para a tal. Uma relação conhecida é a das doenças inflamatórias intestinais (DII), das quais a DC apresenta um risco de duas vezes maior em relação a um indivíduo normal, de desencadear um quadro biliar. Por outro lado, pacientes com retocolite ulcerativa, parecem não interferir em um risco adicional para doenças da vesícula (FOUSEKIS, 2019).

Em relação as variáveis peso, altura e índice de massa corporal (IMC) foi visto uma maior prevalência nas faixas acima de 25 kg/m<sup>2</sup>, que também foi visto em outros estudos, o qual o IMC maior que 30 kg/m<sup>2</sup> pareceu ter mais influência (ABU-ESHY, 2007). Foi destacado também as relações da obesidade com outras doenças, como a diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e resistência insulínica, que também tiveram destaque nesse presente estudo. Nesse estudo houve um predomínio na dupla afecção de diabetes com hipertrigliceridemia e na tripla afecção de diabetes, trigliceridemia e hipertrigliceridemia, entretanto os estudos não destacaram essas relações. Além disso, foi demonstrado que outras doenças metabólicas como a

doença hepática gordurosa não alcoólica (NASH), não tem relação direta com colecistite/colelitíase. (LI, 2017).

A principal complicação da colecistite é a pancreatite, podendo ser tanto a causa como a consequência. Um estudo mostrou que pacientes que apresentam a DC tem uma incidência aumentada de pancreatite aguda. A explicação para isso, são as anormalidades anatômicas que o duodeno frequentemente desenvolve na DC. Essa complicação muitas vezes pode levar a coledocolítise, e consequentemente a colecistite (FOUSEKIS, 2019).

Em relação a bebidas nenhuma teve destaque como provável fator de risco para colecistite/colelitíase. Entretanto estudos demonstraram que o café pode ter um efeito protetor contra a formação de cálculos biliares, devido a uma possível relação no aumento da motilidade da vesícula que provocaria uma menor estase de conteúdo biliar, e consequentemente menor taxa de formação e infecção dos cálculos (ISHIZUK, 2013). Outros fatores como cerveja, destilados e tabagismo não obtiveram resultados significantes para as doenças da vesícula (FRIEDRICH 2009).

Em relação a alimentação, o consumo elevado de gordura saturada e hidrocarbonetos, além de uma elevada carga de glicemia estão relacionados a um aumento da taxa de cálculos. Em contrapartida uma elevada ingestão de frutas, legumes e gorduras monossaturadas são fatores protetores para essa doença (FRIEDRICH 2009). As atividades físicas parecem não influenciar em taxas mais elevadas da doença, entretanto estão diretamente relacionadas a uma alimentação mais saudável, o que pode influenciar em um fator de proteção contra a colecistite/colelitíase (LI, 2017).

A gravidez pode ser um fator principal para essa doença. O aumento da saturação de colesterol e uma diminuição do esvaziamento gástrico, os quais são fisiológicos na gravidez, podem aumentar a precipitação de cálculos (ZUGAIB, 2012). A colecistite na gestação é a segunda causa mais comum de abdômen agudo, perdendo apenas para a apendicite. Além disso, histórico de gestação não é fator protetor para colecistite, e o sobrepeso e a obesidade são fatores adicionais que podem auxiliar no aumento da prevalência nessa população específica (HEDSTROM, 2017).

A utilização de contraceptivos orais ou terapia de reposição hormonal podem desempenhar um fator estimulante devido ao aumento da secreção de colesterol provocada (FRIEDRICH 2009).

## **5 CONCLUSÃO**

É visível a alta prevalência de colecistite na região de saúde de Manhumirim. Esse fato está levando a um aumento de gastos públicos com essas cirurgias, e assim menos investimentos em outras áreas da saúde. Medidas preventivas podem ser realizadas para uma tentativa de reduzir essas taxas.

Entre as abordagens, atuar nos fatores de risco podem ajudar na diminuição da prevalência. E como foi abordado nesse estudo, os que mais se tem destaque é em relação a alimentação e hábitos de vida (tabagismo, atividade física e alcoolismo).

Não foi encontrado fatores específicos que estão levando a esse aumento da prevalência nessa região de saúde, para isso estudos mais aprofundados deverão ser realizados para que seja intensificada a atenção primaria.

Outras possibilidades não relacionadas a fatores de risco, surgem como possível fator causador dessa prevalência. O subdiagnóstico é uma hipótese que

pode ser estudada, visto que a indicação cirúrgica para a colecistite baseia-se na sintomatologia, não sendo indicada como profilaxia.

## 6 REFERÊNCIAS

ABAID, R. A, *et al.* Colecistectomia Videolaparoscópica simplificada com duas incisões. **ABDC Arq Bras Cir Dig**, v.27, p. 154-156, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/pt\\_0102-6720-abcd-27-02-00154.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n2/pt_0102-6720-abcd-27-02-00154.pdf)>. Acesso em: 24 março. 2018.

ABU-ESHY, S.A, *et al.* Prevalence and risk factors of gallstone disease in a high altitude Saudi population. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, v 13 n 4, p. 794-802, 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17955761>. Acesso em: 04 maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informações de saúde. Informações epidemiológicas e morbidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niMG.def>>. Acesso em: 24 março. 2018.

CHANDRAM, A.P, *et al.* Risk factors for choledocholithiasis in a South Indian population: A case-control study. **Indian J Gastroenterol**, v.6, p. 381-385, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24068510>> Acesso em: 24 março. 2018.

FOUSEKIS, F.S, *et al.* Hepatobiliary and pancreatic manifestations in inflammatory bowel diseases: a referral center study. **BMC Gastroenterology**, v.19, p 1-8, 2019. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-30943899>> Acesso em 9 maio de 2019.

FRIEDRICH, N., *et al.* Known risk factors do not explain disparities in gallstone prevalence between Denmark and northeast Germany. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 104, p 89-85, 2009. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19098855>. Acesso em 04 maio. 2018.

GANGEMI, A, *et al.* Risk factors for open conversion in minimally invasive cholecystectomy. **Journal of the Society of laparoendoscopic surgeons**, v 4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5714218/>. Acesso em: 24 março 2018.

HEDSTROM, J, *et al.* Changing management of gallstone-related disease in pregnancy – a retrospective cohort analysis. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**. v. 9, p. 1016-1021, 2017. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/loi/igas20>. Acesso em: 24 março de 2018.



ISHIZUK, H. *et al.* Relation of coffee, green tea and caffeine intake to gallstone disease in middle-aged Japanese men. *Eur J Epidemiol.* 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12889685>>. Acesso em: 4 de maio 2018.

LAMMERT, F, *et al.* Evidenzbasiert praevention der cholezystolithiasis. **Dtsch Med Wochenschr** 2004; Disponível em: <https://www.springermedizin.de/evidenzbasierte-praevention-und-gesundheitsfoerderung/8009608>. Acesso em: 4 de maio 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS)**. Belo Horizonte: SES, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/superintendencias-regionais-de-ensino>> Acesso em: 24 março. 2018.

MINOSSI, J.G, *et al.* Morbimortalidade da colecistectomia em pacientes idosos, operados pelas técnicas laparotômica, minilaparotômica e videolaparoscópica. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v.20, p.93-96, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-67202007000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202007000200006)> Acesso em: 24 março. 2018.

NUNES, E. C *et al.* Internações por colecistite e colelitíase no Rio Grande do Sul, Brasil. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v.29, p.77-80, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010267202016000200077&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010267202016000200077&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 24 março. 2018.

SANKARANKUTTY, A, *et al.* Colecistite aguda não complicada: colecistectomia laparoscópica precoce ou tardia? **Rev. Col. Bras. Cir**, v.5, p.436-440, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912012000500017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912012000500017)> Acesso em: 24 março. 2018.

SHAFFER, E. A. Epidemiology of gallbladder stone disease. **Best Practice & Research Clinical Gastroenterology**, v.20, p. 981-996, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17127183>> Acesso em: 24 março. 2018  
TOWNSEND, C. M, *et al.* **Sabiston: Tratado de Cirurgia: A Base da Prática Cirúrgica Moderna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

TOWNSEND, C. M, *et al.* **Sabiston: Tratado de Cirurgia: A Base da Prática Cirúrgica Moderna**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

LI, X, *et al.* Gallstones in patients with chronic liver diseases. **BioMed Research International**, 2017. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/9749802/cta/>>. Acesso em: 04 maio de 2018.



WILKINS, T, *et al* Gallbladder dysfunction cholecystitis, choledocholithiasis, cholangitis, and biliary dyskinesia. **Prim care clin office pract**, 2017. Disponível em < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29132521> > Acesso em: 04 maio 2018.

ZUGAIB, M. **Zugaib:Obstetrícia**. Barueri, SP: Manole, 2012.

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO

- 1) Nome: \_\_\_\_\_
- 2) Idade: \_\_\_\_\_
- 3) Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
- 4) Raça/cor Autodeclarada: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Indígena
- 5) Peso e altura referidos: Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ cm
- 6) Frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas:  
-Fumante: ( ) Sim ( ) Não Frequência: \_\_\_\_\_ maços por dia  
-Consome bebida alcóolica: ( ) Sim ( ) Não Qual/Quais: \_\_\_\_\_  
Frequência: \_\_\_\_\_ doses ou copo
- 7) Quantas vezes por semana você pratica atividade física? \_\_\_\_\_
- 8) Você possui: ( ) Diabetes ( ) Colesterol Alto ( ) Hipertensão Arterial
- 9) Você ingere café? ( ) Sim ( ) Não Quantos copinhos por dia? \_\_\_\_\_
- 10) Você possui algum parente que já precisou fazer a cirurgia de vesícula?  
( ) Sim ( ) Não Qual parente? \_\_\_\_\_
- 11) Marque quantas vezes na semana você consome cada produto: (0) para nenhuma vez; (1) para 1 ou 2 vezes; (2) para 3 vezes ou mais; (X) se você come as vezes  
( ) carne de frango, boi ou porco frito  
( ) Lasanha, pizzas, fetutines, macarronada  
( ) outras frituras – batata frita, coxinha, empadinha, pastel...  
( ) leite integral e derivados  
( ) cereja, maçã, damasco, ameixa  
( ) nozes, castanhas e amendoim  
( ) chocolate, bolos, pudim, doces, leite condensado  
( ) refrigerantes
- SE MULHER:**
- 12) Você faz uso de contraceptivos orais? ( ) Sim ( ) Não
- 13) Você faz uso de pílulas para menopausa? ( ) Sim ( ) Não

