

## O PRECONCEITO COM COLOPROCTOLOGIA: REVISÃO DE LITERATURA

### PREJUDICE WITH COLOPROCTOLOGY: LITERATURE REVIEW

Vinicius Machado do Couto Soares<sup>1</sup>

**RESUMO:** O objetivo é analisar através de revisão bibliográfica o preconceito com coloproctologia. O exame proctológico é um procedimento profundamente íntimo que lida com uma área do corpo em que prevalecem preconceitos, tabus e constrangimentos, podendo também relacionar-se com traumas anteriores; no entanto, esse procedimento é de suma importância para a investigação de pacientes com sintomas que prenunciam patologias associadas ao cólon distal, reto e ânus. Tratou-se de revisão da literatura, baseando-se na busca de artigos publicados entre 2013 a 2020. As bases de dados utilizadas serão: BIREME (Biblioteca Virtual de Saúde); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

**Palavras-Chave:** Coloproctologia. Câncer. Preconceito.

**ABSTRACT:** The aim is to analyze through bibliographic review the prejudice with coloproctology. The proctological examination is a deeply intimate procedure that deals with an area of the body in which prejudices, taboos and constraints prevail, and may also be related to previous traumas; however, this procedure is of paramount importance for the investigation of patients with symptoms that foresee pathologies associated with the distal colon, rectum and anus. This was a literature review, based on the search for articles published between 2013 and 2020. The databases used will be: BIREME (Virtual Health Library); LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

**Keywords:** Coloproctology. Cancer. Preconception.

## INTRODUÇÃO

O campo da coloproctologia cobre o tratamento de doenças benignas e cancerosas do cólon, reto e ânus. Desenvolvimentos recentes significativos no tratamento cirúrgico do câncer colorretal incluem o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas para ressecções colorretais e o uso de stent para pacientes obstruídos. A introdução do rastreamento generalizado visa diagnosticar a doença numa fase mais precoce. Os avanços na quimioterapia e na radioterapia também complementaram os avanços cirúrgicos em

---

<sup>1</sup>Médico, residente de Cirurgia Geral da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé-RJ. E-mail: [vmplzon@gmail.com](mailto:vmplzon@gmail.com).

relação a essa doença. Também houve mudanças no tratamento de doenças benignas, como doença diverticular, hemorróidas e fissuras anais, com tendência para técnicas cirúrgicas menos invasivas (ANWAR, et al, 2016).

O exame proctológico é um procedimento profundamente íntimo que lida com uma área do corpo em que prevalecem preconceitos, tabus e constrangimentos, podendo também relacionar-se com traumas anteriores; no entanto, esse procedimento é de suma importância para a investigação de pacientes com sintomas que prenunciam patologias associadas ao cólon distal, reto e ânus (CORREA NETO, et al, 2016).

Muitos dos desenvolvimentos centram-se na redução do insulto cirúrgico, encontrando versões minimamente invasivas de operações experimentadas e testadas e novas alternativas que aumentam as opções disponíveis para os pacientes. Esses avanços na cirurgia precisam ser vistos no contexto dos avanços em outras áreas, como genética, imagem, oncologia e endoscopia, que complementam os avanços cirúrgicos. A importância das equipes multidisciplinares diante dessas opções é clara (CRUZ, 2013).

O objetivo é analisar através de revisão bibliográfica o preconceito com coloproctologia.

Tratou-se de revisão da literatura, baseando-se na busca de artigos publicados entre 2013 a 2020. As bases de dados utilizadas serão: BIREME (Biblioteca Virtual de Saúde); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Os descritores utilizados para a busca foram: Coloproctologia; Câncer; Preconceito. Os critérios de inclusão utilizados serão: artigos que respondessem à questão de metodologia de projeto, e os critérios de exclusão foram: editoriais, artigos de revisão da literatura e artigos que não respondessem à questão de outras metodologias proposto por este estudo.

Assim como o estudioso Andrade (2013) mostra que a pesquisa é o conjunto de procedimentos sistemáticos, baseado no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos. Segundo Ferrão (2013) quanto aos objetivos, à pesquisa divide-se em exploratória, descritiva e explicativa. Analisando os objetivos da pesquisa serão utilizadas as pesquisas exploratórias e descritivas.

O tipo do estudo é uma revisão bibliográfica, pesquisas do tipo tem o objetivo primordial à exposição dos atributos de determinado fenômeno ou afirmação entre suas

variáveis (GIL, 2018). Assim, recomenda-se que apresente características do tipo: analisar a atmosfera como fonte direta dos dados e o pesquisador como um instrumento interruptor; não agenciar o uso de artifícios e métodos estatísticos, tendo como apreensão maior a interpretação de fenômenos e a imputação de resultados, o método deve ser o foco principal para a abordagem e não o resultado ou o fruto, a apreciação dos dados deve ser atingida de forma intuitiva e indutivamente através do pesquisador (GIL, 2018).

## REFERENCIAL TEÓRICO

Preconceito é uma suposição ou opinião sobre alguém simplesmente com base no fato de essa pessoa pertencer a um determinado grupo. Por exemplo, as pessoas podem ter preconceito contra outra pessoa de uma etnia, sexo ou religião diferente. Se alguém está agindo com base em seus preconceitos, eles estão pré-julgando (daí o termo 'preconceito') alguém antes mesmo de ter a chance de conhecê-lo em um nível mais profundo. Esta é uma atitude e mentalidade irracionais e não faz bem para os envolvidos (HORIUCHIA, et al, 2017).

Quando as pessoas têm atitudes preconceituosas em relação aos outros, tendem a ver todos os que se enquadram em um determinado grupo como "todos iguais". Eles pintam cada indivíduo que possui características ou crenças particulares com um pincel muito amplo e não conseguem realmente olhar para cada pessoa como um indivíduo único (COSTA, et al, 2017).

Isso tem uma influência muito forte sobre como as pessoas se comportam e interagem com aqueles que são diferentes delas. Em um nível básico, pode sufocar a capacidade de uma pessoa preconceituosa de aprender mais sobre aqueles que são diferentes de si mesma. Como resultado, também pode fazer com que percam relacionamentos ou conversas que têm o potencial de serem profundamente gratificantes (HORIUCHIA, et al, 2017).

Embora em alguns casos o preconceito seja flagrante, evoluindo para "ismos" francos, muitas vezes pode ocorrer sem que percebamos. Seja profundamente arraigado, ensinado ou um preconceito implícito, é importante lutar contra nossos próprios preconceitos que temos contra os outros. Uma das primeiras maneiras de fazer isso é entender e aceitar que isso acontece. Ao estar ciente de sua tendência natural de ser

tendencioso (e é algo que todos nós experimentamos, conscientemente ou não), capaz de se pegar mais facilmente “no ato” e se auto-corriger (COSTA, et al, 2017).

A maioria dos pacientes que procuram consulta com cirurgiões colorretais são referidos (principalmente pelos especialistas acima mencionados) como tendo “hemorróidas”. No entanto, a maioria apresenta outra patologia anal benigna. É razoável afirmar que o diagnóstico incorreto de distúrbios anais benignos leva ao atraso no tratamento definitivo desses distúrbios, que pode ser precedido por uma série de encaminhamentos, exames e procedimentos desnecessários. Pode haver aumento nos custos de saúde (HORIUCHIA, et al, 2017). É imperativo que os médicos não colorretais façam diagnósticos precisos de doenças anorretais benignas e forneçam o tratamento básico, visto que há um número limitado de especialistas colorretais; o cuidado exclusivo desses pacientes por esse especialista seria possivelmente impraticável e desnecessário. Além disso, esses médicos devem estar aptos a encaminhar os pacientes para consulta especializada a um cirurgião colorretal, quando necessário (COSTA, et al, 2017). Embora se espere que os cirurgiões gerais graduados sejam proficientes no diagnóstico de patologia anorretal comum, os programas de treinamento cirúrgico podem não fornecer aos trainees uma exposição adequada a distúrbios anorretais. Isso pode ser secundário ao pequeno número de casos anorretais realizados por residentes de cirurgia em combinação com uma exposição bastante limitada à clínica colorretal ambulatorial (HORIUCHIA, et al, 2017).

393

O exame proctológico é um procedimento profundamente íntimo, que lida com uma área do corpo em que prevalecem preconceitos, tabus e restrições, e também pode estar relacionada a traumas anteriores e questões de abuso; no entanto, este procedimento é de suma importância para a investigação de pacientes com sintomas que prenunciam patologias associadas ao cólon distal, reto e ânus, como sangramento, mudança nos hábitos intestinais, dor abdominal ou perineal, mucorreia, tenesmo, tração retal, incontinência anal, prolapso anal ou tumor, anemia e outros (COSTA, et al, 2017).

Portanto, ressalta-se que essa abordagem deve ser realizada (quando apropriado, dependendo das queixas do paciente) por todos os assistentes médicos, não apenas por cirurgiões gerais, cirurgiões do aparelho digestivo e, mais especificamente, por coloproctologistas (HORIUCHIA, et al, 2017).

No entanto, uma avaliação mais detalhada da área anal, reto e cólon distal com o auxílio de anoscopia e proctosigmoidoscopia rígida deve ser realizada, de preferência por profissionais mais cansados. A proctosigmoidoscopia rígida (RR) é a parte do exame físico proctológico que depende de maior expertise e conhecimento da região. Este exame consiste na visualização direta da superfície da mucosa do reto e cólon sigmóide distal em comprimento variável, dependendo do equipamento, da experiência do médico e da configuração anatômica do paciente, notavelmente na transição retossigmóide. A fim de alcançar um RR eficaz, alguns princípios devem ser seguidos:

- Rapidez: o exame deve ser realizado no menor tempo possível e com a devida eficácia;
- Ventilação mínima: o excesso de ar durante o procedimento causa desconforto e dor ao paciente;
- O médico deve conversar com o paciente durante o exame: o objetivo é explicar, tranquilizar e, se possível, distrair o paciente;
- Um não causa problemas iatrogênicos, principalmente sangramento, laceração da mucosa e a mais temida de todas as complicações: a perfuração retal durante o exame (HORIUCHIA, et al, 2017).

394

As principais contraindicações a este exame são representadas por diverticulite aguda, suspeita de peritonite, trombose hemorroidária, fissura anal, abscesso perianal, estenose anal e pós-operatório precoce de cirurgia colorretal ou orifical.

A doença anorretal benigna é comumente encontrada em práticas clínicas em todas as especialidades e hemorróidas, fissuras e fístulas continuam a ter um impacto significativo na vida dos pacientes. Hemorróidas e fissuras freqüentemente se beneficiam do tratamento não operatório, mas ocasionalmente requerem cirurgia, enquanto o tratamento de abscesso anorretal e fístulas é principalmente cirúrgico (COSTA, et al, 2017).

As hemorroidas internas costumam se manifestar com sangramento indolor durante as evacuações e / ou prolapso. O prolapso pode estar associado a incontinência fecal leve, drenagem mucosa, plenitude perianal e irritação cutânea dolorosa. Embora rara, hemorróidas internas prolapsadas podem estrangular, causando dor significativa. As hemorróidas externas trombosadas tendem a ser mais dolorosas, devido à sua inervação somática, e os pacientes apresentam uma massa perianal sensível que pode sangrar se ulcerar (ANWAR, et al, 2016).

As hemorróidas externas trombosadas geralmente degeneram em manchas cutâneas perianais com o tempo. O diagnóstico da doença hemorroidária é baseado na história e no exame físico. É importante não atribuir cegamente o sangramento retal indolor às hemorróidas sem um exame físico adequado e exames complementares. A anoscopia é necessária para visualizar hemorróidas internas e identificar patologia anorretal no exame (COSTA, et al, 2017).

Condições anorretais benignas são bastante comuns; a prevalência estimada de hemorróidas sintomáticas isoladas nos países ocidentais é de 4,4-5%. Um bom número de pacientes com doenças anorretais é examinado inicialmente por especialistas não colorretais. Isso inclui médicos de clínica geral, internistas, médicos de emergência, gastroenterologistas e ginecologistas (ANWAR, et al, 2016). O diagnóstico incorreto dessas condições é comum. Sobrado; Correa Neto (2013), demonstraram que a acurácia diagnóstica geral de doenças anorretais benignas foi de 70,4% para cirurgiões e menos de 50% para outras especialidades. Taxas significativas de diagnósticos incorretos de condições anorretais benignas também foram observadas entre os praticantes de cirurgia. Sobrado; Correa Neto (2013), demonstraram que os praticantes de cirurgia não conseguiram diagnosticar fissuras anais 38% das vezes. Várias hipóteses para as altas taxas de diagnósticos incorretos podem ser feitas. Para os estagiários de cirurgia, pode ser a relativa falta de exposição e educação a respeito de doenças anorretais benignas. O treinamento cirúrgico médio nos Estados Unidos realiza aproximadamente 30 casos anorretais ao longo de seu treinamento de 5 anos. A falta de atendimento ambulatorial na clínica colorretal também pode contribuir. Além disso, a exposição, a educação e a instrução com relação à doença anorretal benigna nos currículos das escolas de medicina são, na melhor das hipóteses, variáveis; a maioria dos alunos adquire conhecimento sobre esses transtornos durante as aulas e por meio de livros didáticos (COSTA, et al, 2017). Além disso, os princípios básicos do exame anorretal, como o exame retal digital (DRE), são realizados por estudantes de medicina com menos frequência do que antes. Foi relatado que o número de EDRs realizados por estudantes de medicina no Reino Unido caiu entre 1990 e 2000 de uma mediana de  $30 \pm 11$  para  $5 \pm 3$ . Em uma avaliação sistemática da utilização e utilidade de DRE entre estudantes de medicina e um espectro de especialistas na prática clínica, DRE foi subutilizado (ANWAR, et al, 2016).

Aproximadamente 50% dos pacientes foram submetidos a EDR durante exame

médico geral. Mais importante, mais da metade dos examinadores não tinha confiança suficiente para realizar o exame. O estudo afirma que devem ser estabelecidas diretrizes para a padronização da execução de DRE, que devem ser incorporadas nos programas de ensino médico e clínico (COSTA, et al, 2017). O diagnóstico de fissura anal é clínico. Os pacientes geralmente apresentam dor anal, mais comumente por várias horas após as evacuações, e podem apresentar sangramento doloroso com as evacuações. Uma fissura pode ser encontrada no exame, embora isso possa ser difícil devido à dor e ao espasmo do esfíncter interno. As fissuras crônicas desenvolvem bordas endurecidas e podem ter músculo esfíncter visível na base com papila hipertrófica associada proximalmente e marcadores sentinela distalmente (ANWAR, et al, 2016).

O diagnóstico de abscesso ou fístula anorretal é geralmente baseado na história e no exame. Pacientes com abscesso perianal ou isquiorretal apresentam febre, dor, sensibilidade, eritema e frequentemente uma massa flutuante. Pacientes com abscessos supralevator ou interesfincterianos podem ter achados de exame externo mínimos, mas terão sensibilidade retal e flutuação no exame retal digital. É vital diferenciar um abscesso anorretal de outros processos inflamatórios que podem ocorrer na área, como hidradenite, furúnculos ou doença pilonidal. A tomografia computadorizada com contraste intravenoso pode ser útil para localizar abscessos altos, especialmente abscessos supralevadores (COSTA, et al, 2017).

396

As fístulas se apresentarão com drenagem purulenta ou fecal persistente ou edema perianal intermitente e sensibilidade aliviada com a drenagem espontânea. Múltiplas fístulas e grandes marcas na pele podem ser sugestivos de doença de Crohn. A imagem não é necessária para a investigação de fístulas de rotina, uma vez que o trato pode frequentemente ser delineado com um exame sob anestesia. Se a fístula for difícil de caracterizar, a ressonância magnética retal pode ser útil, com taxas de precisão > 90% para o mapeamento da fístula. A ultrassonografia endorretal também pode ser usada para mapear fístulas, com taxas de precisão de 80-89% (COSTA, et al, 2017).

Segundo dados do Sobrado; Correa Neto (2013) entre 2012 e 2013 518.510 novos casos de câncer foram diagnosticados no Brasil e, especificamente com relação à malignidade colorretal, 30.140 indivíduos foram afetados, com distribuição equivalente entre os sexos. Esta neoplasia é o quarto tipo de câncer mais comum em homens e o terceiro em mulheres. Entre 55 e 67% 3,4 dos casos, o câncer colorretal é encontrado no segmento distal do

intestino trato, ou seja, no cólon sigmóide e reto, e cerca de 35% de esses tumores estão localizados especificamente no reto.

Nesse sentido, ao atingir 25 cm da borda anal, RR permite o estabelecimento de um diagnóstico em cerca de 65% de todo câncer colorretal. No entanto, em apenas 50% dos procedimentos, o dispositivo avançará até 20 cm a partir da borda anal. Além disso, por ser um tubo rígido, o proctosigmoidoscópio ainda é bastante sensível e específico para medir a altura do tumor da margem anal ou válvulas do reto (COSTA, et al, 2017).

Apesar de ser um procedimento invasivo e desconfortável para o paciente, conduziu um estudo para verificar a impressão do paciente em relação ao exame de proctologia pelo médico residente. Neste estudo, esses autores testem tológico através de ectoscopia, exame retal digital, anoscopia e proctosigmoidoscopia rígida (ANWAR, et al, 2016).

Sobrado; Correa Neto (2013), mostrou que 87% dos pacientes aceitaram bem a presença de residentes, 11% permaneceram indiferentes, 1% achou sua presença desagradável e 1% não respondeu. Em relação ao gênero dos residentes, nenhuma correlação estatisticamente significativa foi encontrada entre esta variável e a recusa ou aceitação da sua presença por parte pacientes.

Da mesma forma, Cruz (2013), conduziu uma entrevista com cirurgiões colorretais da Austrália e Nova Zelândia. Dos 35 profissionais que responderam ao questionário, 30 (85%) realizar RR rotineiramente em seus escritórios. Nesse contexto, pretendia avaliar os achados de proctosigmoidoscopia em rastreamento de câncer colorretal em pacientes assintomáticos com mais de 50 anos. Com aquilo em mente, esses autores estudaram 208 pacientes no período de aproximadamente um ano, alcançando 94,73% de resultados normais; dentro nos 5,26% restantes, foi diagnosticada a presença de pólipos hiperplásicos ou adenomatosos, e nenhum caso de malignidade na amostra estudada (HORIUCHIA, et al, 2017).

Entre 1989 e 1996, Costa, et al (2017), avaliaram 119 RR procedimentos em 100 pacientes com idade entre 8 meses e 14 anos com queixas de sangramento anal. Esses autores usaram como exclusão critérios a presença de fissura anal, hemorróidas e anal infecção. O procedimento teve resultados anormais em 60 pacientes e o diagnóstico principal foi pólipos retal em 53,3% dos casos, seguido de proctite em 26,7%. Daqueles pacientes com um retal pólipos, os autores estabeleceram o diagnóstico por toque retal

exame em 66% dos casos, com uma taxa de falso-positivo de 25% e uma taxa de falso negativo de 12% (ANWAR, et al, 2016).

Estudos sobre a aplicabilidade do RR são relativamente raros e datado, principalmente no que se refere à aquisição e desenvolvimento progressivo de métodos modernos para o trabalho retal. Sobrado; Correa Neto (2013), mostraram que pacientes submetidos à proctossigmoidoscopia rígida em exames de câncer colorretal no período de 10 anos período anterior ao estudo teve apenas 30% do risco de câncer fatal versus indivíduos não selecionados para malignidade no grupo de pacientes já conhecidos por serem portadores de retossigmóide retal transição, ou câncer sigmóide distal (HORIUCHIA, et al, 2017).

Além disso, e destacando a utilidade do RR mesmo quando a propedêutica mais avançada está disponível Cruz (2013), estabeleceu para determinar o grau para o qual os tumores retais e retossigmóides mostraram uma mudança em seu tratamento, com base na altura da lesão medida obtido com RR e colonoscopia. Com isso em mente, estes os autores subdividiram seus 53 pacientes examinados por colonoscopia em portadores de lesão na parte inferior do reto (0-7 cm da borda anal), reto médio (8-11 cm da borda anal), reto alto (12-15 cm da borda anal) e retossigmóide região (> 15 cm da borda anal); feito isso, esses autores compararam seus achados com essas distâncias obtidas com RR (ANWAR, et al, 2016).

Também neste estudo, Sobrado; Correa Neto (2013), relata que quando retal baixo, médio e alto e tumores retossigmóides foram analisados, seus autores observaram diferenças na distância medida da borda anal à lesão por colonoscopia versus RR: 0,8 cm, 1,8 cm, 3,1 cm e 5 cm respectivamente. Assim, um índice Kappa intermediário entre as diferenças de medidas de altura da lesão no reto alto e a região sigmóide foram obtidos, mostrando que o mais proximal da neoplasia estava localizado em relação a da margem anal, maior será a discrepância entre as medidas obtidas pela colonoscopia e a FR. Além disso, estes autores relataram que a adição de RR previamente à tomada de decisão terapêutica mudou o plano de tratamento em 25% de pacientes.

Embora este seja um teste normalmente aplicado durante a consulta coloproctológica, a presença de resíduo fecal no reto pode comprometer sua eficácia de tal forma que, quanto à necessidade de preparo da área para uma proctossigmoidoscopia rígida,

sabe-se que cerca de 50% dos exames possuem limitações devido à presença de resíduo fecal (COSTA, et al, 2017).

Pensando nisso, Cruz (2013), realizaram um estudo randomizado envolvendo 131 pacientes para comparar os sujeitos. com preparação mecânica distal retrógrada versus aqueles que não fez nenhuma preparação. Verificou-se que entre aqueles pacientes submetidos ao preparo intestinal, era possível inspecionar mais de 75% da circunferência da mucosa retal em 79% dos pacientes.

Por outro lado, entre esses assuntos que não se prepararam, isso só foi possível em 26,2% ( $p < 0,05$ ). Além disso, entre aqueles sujeitos submetidos a preparo intestinal, foi possível introduzir o dispositivo em 83,3% dos pacientes; quanto aos sujeitos sem preparo, isso só foi possível em 46,2% dos pacientes examinados ( $p < 0,05$ ) (COSTA, et al, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, constatou-se que o exame proctológico é obrigatório nos casos de sintomas que impliquem exame. Nessa análise, destacamos que em 71,4% dos exames anorretais anormais, a inspeção e digital o exame retal foi suficiente para estabelecer o diagnóstico de patologia orifical. Assim, graças à sua simplicidade e capacidade de ser realizado por qualquer médico praticante, este teste deve nunca ser esquecido.

Desconhecimento e preconceito ainda contribuem para o atraso do diagnóstico de diversas doenças, impedindo o tratamento adequado e trazendo como consequência até mesmo a morte. Esse é o caso das doenças que atingem o intestino grosso e o ânus, as chamadas doenças proctológicas. Uma em cada três pessoas no mundo pode desenvolver essas enfermidades sem saber, segundo alerta da Organização Mundial de Saúde (OMS).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 6 Ed. São Paulo: Atlas, 2013.

ANWAR MA, D'SOUZA F, COULTER R, MEMON B, KHAN IM, MEMON MA. **Outcome of acutely perforated colorectal cancers: Experience of single district general hospital**. *Surg Oncol* 2016; 15 (2): 91-6.

CORREA NETO, I. J. F. et al. **Análise retrospectiva de exames eletivos de retossigmoidoscopia rígida realizadas no serviço de residência médica de Coloproctologia no Hospital Santa Marcelina**. *J. Coloproctol. (Rio J.)* [online]. 2016, vol.36, n.2, pp.86-90.

CRUZ, G. M. G. **Livro Texto “Coloproctologia”, Vol. III - “Coloproctologia - Terapêutica”**. Rio de Janeiro, Editora Revinter. 2013.

COSTA, S. R. P, ANTUNES, R. C. P, PAULA, R. P, PEDROSO, M. A, FARAH, J. F. M, LUPINACCI, R. A. **A exenteração pélvica no tratamento do câncer de reto T4: experiência de 15 casos operados**. Arq Gastroenterol 2017; 44 (4): 284-8.

FERRÃO, R. G. **Metodologia científica para iniciantes em pesquisas**. Linhares, ES: Unilinhaires/ Incaper, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

HORIUCHIA, WATANABEY, DOI T, SATO K, YUKUMI S, YOSHIDA M, et al. **Evaluation of prognostic factors and scoring system in colonic perforation**. World J Gastroenterol 2017; 13 (23): 3228-31.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

SOBRADO C. W, CORRÊA NETO I. J. F. **Manual de doenças anorretais: aspectos práticos. Exame proctológico: quando e como realizar**. Office Editora; 2013. 403-15.