UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCO GIMENES DOS SANTOS

**Alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por câncer colorretal: as
implicações das evidências para a enfermagem**

Ribeirão Preto

2015

MARCO GIMENES DOS SANTOS

Alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por câncer colorretal: as implicações
das evidências para a enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar do adulto com
doenças agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Santos, Marco Gimenes dos

Alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por câncer colorretal: as implicações das evidências para a enfermagem. Ribeirão Preto, 2015.

89 p. :il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Helena Megumi Sonobe.

1. Neoplasias colorretais. 2. Enfermagem perioperatória. 3. Alta do Paciente.

SANTOS, MARCO GIMENES DOS

Alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por câncer colorretal: as implicações
das evidências para a enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Instituição: EERP-USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico esta dissertação a todos os pacientes com câncer colorretal e seus familiares, razão de ser de nossa vida profissional, na assistência, pesquisa e extensão.

Em especial a minha primeira paciente, M.I.G.S.

Agradecimentos

A **Deus**, causa primária de tudo o que existe no universo, toda bondade, justiça e misericórdia.

A **Jesus**, que continua nos indicando o caminho da solidariedade, na vida, na assistência, na pesquisa e na extensão.

A minha mãe, **Renilda Arlene Gimenes dos Santos**, pelo apoio e incentivo, sem os quais esta dissertação jamais seria possível.

A docente do curso de graduação, **Vanda Maria Gimenes**, que me iniciou na Enfermagem Perioperatória.

As amigas do curso de graduação em Enfermagem, **Silvania Rodrigues dos Santos**, pelo exemplo de vida e dedicação aos estudos; **Aparecida Donizete Fiumari**, **Andrea Biscione** e **Livia Martins Fiumari**, pela amizade nos estágios em Enfermagem.

As minhas amigas do curso de especialização, **Claudia Boreli**, pelo exemplo de dedicação; **Janaína da Silva**, pelos primeiros passos no grupo de pesquisa e extensão, e **Camila Megumi Naka Shimura**, pela amizade.

A **Jaqueline Silva Santos**, pela amizade e exemplo de dedicação no mestrado.

A **Luciana Scatralhe Buetto**, que foi comigo na primeira visita médica da coloproctologia na enfermaria cirúrgica que presenciei em minha vida.

A **Nariman de Felicio Bortucan Lenza**, por me supervisionar durante uma semana inteira em meus primeiros dias no projeto de extensão na enfermaria cirúrgica.

Ao amigo **Rodrigo Jaques Biguelini**, estudante do terceiro semestre de medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelas discussões sobre saúde, enfermagem e medicina.

A **Vanessa Damiana Menis Sasaki** e **Mariza Silva de Lima**, pela dedicação aos estudos na profissão, compromisso com os nossos pacientes, postura ética e dedicação. É impossível expressar em palavras a contribuição de vocês em minha vida profissional e pessoal. Em cada cuidado de enfermagem que eu fizer, vocês seguirão comigo.

Esta Dissertação de Mestrado foi subvencionada pela CAPES, no período de dezembro de 2013 a agosto de 2015. O auxílio financeiro foi fundamental durante o curso do mestrado, para permitir o curso das disciplinas, e participação nas atividades de extensão e no grupo de pesquisa.

Agradecimento Especial

A Professora doutora Helena Megumi Sonobe, pelas orientações, por se dedicar ao ensino da demarcação das estomias intestinais e por aprimorar a minha compreensão de enfermagem perioperatória.

Epígrafe

**Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer
um pode começar agora e fazer um novo fim**

Francisco Cândido Xavier

RESUMO

SANTOS, M.G. **Alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por câncer colorretal: as implicações das evidências para a enfermagem**. 2015. 89p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2015.

O tratamento cirúrgico por câncer colorretal (CCR) traz consequências fisiológicas e psicossociais na vida dos pacientes e de seus familiares, cujos desafios estão vinculados ao estigma social do câncer e as repercussões mutilatórias. Este estudo teve por objetivos analisar a produção científica nacional e internacional sobre a assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com câncer colorretal e estabelecer as recomendações para a sistematização da assistência perioperatória com vistas à alta hospitalar. Trata-se de uma Revisão Integrativa, fundamentada na Prática Baseada em Evidências, cuja pergunta formulada foi: Quais as evidências científicas sobre a alta hospitalar do paciente cirúrgico com câncer colorretal? Os descritores utilizados para as buscas foram Colorectal Neoplasms, Nursing, Discharge, nas bases de indexação eletrônica PubMed, Web of Sciences, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scopus, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) e BDEnf, mediante os critérios de inclusão: estudos primários que abordassem a alta hospitalar do paciente cirúrgico adulto ou idoso com câncer colorretal; publicados no período entre 2005 e 2015 em inglês, espanhol e português; obtidos na íntegra via Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; e os critérios de exclusão que foram estudos de revisão de literatura e em formato de monografia, dissertação ou tese. Do total de 47 artigos científicos, resultantes das buscas, foram selecionados mediante os critérios de inclusão e exclusão, sete (7) estudos que constituíram a amostra final, sendo que todos foram publicados em inglês, com níveis de evidência pouco fortes (VI e VII) e cujos aspectos abordados foram categorizados em três temáticas: Conhecimentos necessários aos enfermeiros e habilidades requeridas para a sistematização da alta hospitalar; Estratégias para implementar alta hospitalar e Necessidades de pacientes com CCR e familiares. Na temática **Conhecimentos e habilidades para o planejamento da alta hospitalar**, evidenciou-se que aspectos como fisiopatologia, tratamentos e suas consequências, prognósticos e experiência clínica são importantes para oferecer o suporte profissional adequado às demandas de necessidades de pacientes com CCR e família no perioperatório e para prepará-los para o contexto domiciliário. Na temática **Estratégias para implementar alta hospitalar** foi enfatizado a utilização do Processo de Enfermagem, de materiais educativos e cuidados especializados, com focalização de conhecimentos sobre a fisiopatologia oncológica, tratamentos e suas consequências e aspectos clínicos para atender a demanda de cuidados especializados desta clientela no perioperatório. Na temática **Necessidades de pacientes com CCR e seus familiares** verificamos que a demanda de intervenções de enfermagem são para prevenção de infecção do sítio cirúrgico, melhoria do catabolismo e da aprendizagem sobre fisiopatologia oncológica, tratamentos e suas consequências, além do seguimento de controle oncológico, com inclusão da família. Acreditamos que os resultados deste estudo possam subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer colorretal para o atendimento da demanda de necessidades específicas do paciente e familiar, favorecendo a transição hospital domicílio.

Descritores: Neoplasias colorretais. Enfermagem Perioperatória. Alta do Paciente.

ABSTRACT

SANTOS, M.G. **Discharge of surgical patients with colorectal cancer: the implications of evidence to nursing.** 2015. 89p. Dissertation (Master's Degree) - Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

The surgical treatment for colorectal cancer (CRC) brings physiological and psychosocial consequences in patients and their relative's life, whose challenges are linked to social stigma of cancer and the repercussions of mutilation. This study aimed to analyze the national and international scientific production about the nursing perioperative assistance to patients with colorectal cancer and establish the recommendations to the systematization of the nursing perioperative assistance aiming the discharge. This is a Integrative Review, grounded in the Evidence Based Practice, whose question formulated was: Which scientific evidences about colorectal cancer patient discharge? The keywords used to search was Colorectal Neoplasms, Nursing, Discharge, at the electronic indexed databases PubMed, Web of Sciences, Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean (Lilacs), Scopus, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) and BDEnf, by the inclusion criteria: original research about the discharge of the adult or aged patient with colorectal cancer; published between 2005 and 2015 in English, Spanish and Portuguese; with full text by Central Library USP Ribeirão Preto; and the exclusion criteria was reviews, monographs, dissertations and theses. Of 47 scientific papers, result of search, were selected by inclusion and exclusion criteria, seven (7) papers that constituted the final sample, all in English, with little strong reviewed evidence (VI and VII) and whose aspects were categorized in three theme: Knowledge required to nurses and required skills to systematize the discharge; Strategies for implement the discharge and Needs of patients with colorectal cancer and relatives. At **Knowledge required to nurses and required skills to systematize the discharge**, it became clear that aspects like pathophysiology, treatments and their consequences, prognosis and clinical experience are important to offer professional support suitable for the demands of needs of patients with colorectal cancer and their family at perioperative and to prepare them to home context. At **Strategies for implement the discharge** it became clear that the utilization of Nursing Process, of specialized educational material, with focusing about the oncologic pathophysiology, treatments and their consequences and clinical aspects to meet the demand of specialized care this clientele at perioperative. At **Needs of patients with CRC and relatives** we checked that the demand of nursing interventions are to prevent the surgical site infections, to improve catabolism and about the learning of oncologic pathophysiology, treatments and their consequences, beyond to oncologic control, with family including. We believe that the results of this study can subsidize the planning of nursing perioperative care to patients with CRC to meet the demand of specific to patients and their relatives, favoring the transition to hospital for home.

Keywords: Colorectal neoplasms. Perioperative nursing. Patient Discharge.

RESUMEN

SANTOS, M.G. **Los pacientes quirúrgicos hospitalarios por cáncer colorrectal: las implicaciones de la evidencia para la enfermería.** 2015. 89f. Tesis (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal (CCR) trae consecuencias fisiológicas y psicosociales en la vida de los pacientes y sus familias, cuyos desafíos están relacionados con el estigma social de cáncer y las repercusiones mutilatorias. Este estudio objetivó analizar la literatura científica nacional e internacional en la atención de enfermería perioperatoria para pacientes con cáncer colorrectal y establecer recomendaciones para la planificación del alta hospitalaria de este paciente. Se trata de revisión integradora, basada en la Práctica Basada en Evidencias, con la pregunta: ¿Qué evidencia científica sobre el alta del paciente quirúrgico con cáncer colorrectal? Los descriptores utilizados para la búsqueda fueron *Colorrectal Neoplasms, Nursing, Discharge*, en bases de datos electrónicas PubMed, Web of Sciences, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scopus, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) y BDeuf por los criterios de inclusión: estudios primarios sobre alta de pacientes quirúrgicos adultos y ancianos con cáncer colorrectal; publicados entre 2005 y 2015 en inglés, español y portugués; obtenidos en su totalidad a través de la Biblioteca Central del Campus de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo; y con los criterios de exclusión: revisión integradora y formato monografía o tesis. De los 47 artículos científicos resultantes de las búsquedas, selecciono se por los criterios de inclusión y exclusión, siete (7) estudios, que formaron la muestra final, los cuales han sido publicados en inglés, con niveles de evidencia poco fuertes (VI y VII) y cuyos aspectos fueron clasificados en tres temas: Conocimientos y habilidades para la planificación del alta hospitalaria; Estrategias para la implementación de alta hospitalaria y Necesidades de los pacientes con CCR y familiares. El tema **Conocimientos y habilidades para la planificación del alta hospitalaria** evidenció la fisiopatología, los tratamientos y sus consecuencias, la experiencia clínica y pronóstica son importantes para proporcionar el soporte profesional adecuado a las exigencias de las necesidades del paciente con CCR y la familia en el perioperatorio y para prepararlos para el contexto domiciliario. En la temática **Estrategias para la implementación de alta hospitalaria** fue enfatizado el uso del Proceso de Enfermería, los materiales educativos y de atención especializada sobre el conocimiento sobre la fisiopatología del cáncer, los tratamientos y sus consecuencias y los aspectos clínicos para satisfacer la demanda de atención especializada de esta clientela en el perioperatorio. En la temática **Necesidades de los pacientes con CCR y familiares** verificamos que la demanda de intervenciones de enfermería son para prevenir la infección del sitio quirúrgico, mejora el catabolismo y el aprendizaje sobre la fisiopatología del cáncer, los tratamientos, y sus consecuencias, además de control de seguimiento oncológico, con inclusión de la familia. Creemos que los resultados de este estudio pueden subsidiar la planificación de los cuidados de enfermería perioperatoria a los pacientes con cáncer colorrectal para satisfacer la demanda del paciente y las necesidades específicas de la familia, favoreciendo la transición hospital domicilio.

Descriptores: Neoplasias colorrectales. Enfermería perioperatoria. Alta del paciente.

Lista de Quadros

Quadro 1. Estratégia de busca nas bases de indexação eletrônicas segundo referências recuperadas, referências excluídas e referências selecionadas por título e resumo.

Quadro 2. Referências por base de indexação eletrônica, segundo título e motivos de exclusão.

Quadro 3 - Estudos selecionados segundo base de dados, data da publicação, periódico, título, autores, país de filiação do autor principal e área de conhecimento.

Quadro 4 - Categorização dos estudos da amostra do estudo em relação às categorias temáticas.

Quadro 5. Artigos selecionados segundo numeração do estudo, autores, ano, título, periódico, nível de evidência e categoria temática.

Quadro 6 - Síntese dos estudos selecionados segundo objetivo, nível de evidência e categorias temáticas.

Lista de Figuras

Figura 1. Anastomoses dos segmentos intestinais

Figura 2. Síntese da seleção realizada em relação aos resultados de buscas para a definição da amostra do estudo

Figura 3. Síntese das recomendações sobre conhecimentos e habilidades necessárias para a sistematização da assistência perioperatória ao paciente com CCR com vistas à alta hospitalar.

Figura 4. Estratégias para implementação do planejamento da assistência perioperatória do paciente com CCR com vistas à alta hospitalar.

Figura 5. Recomendações em relação à demanda de necessidades de cuidados perioperatórios de pacientes com CCR e de seus familiares.

Lista de Abreviaturas e Siglas

APR	Amputação Abdominoperineal do Reto
ASA	American Society Anesthesiologist
BDEnf	Base de Dados de Enfermagem
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CCR	Câncer colorretal
CEA	Antígeno carcinoembrionário
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
Cinahl	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FGTS	Fundo de Garantia em Tempo de Serviço
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISC	Infecção de Sítio Cirúrgico
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NANDA	North American Nurses Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
PAF	Polipose Adenomatosa Familiar
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PBE	Prática Baseada em Evidências
PE	Processo de Enfermagem
PIS	Programa de Integração Social
RI	Revisão Integrativa
RTI	Reconstrução de Trânsito Intestinal
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAG	Síndrome da Adaptação Geral
SAL	Síndrome da Adaptação Local
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
TNM	Tumor primário, linfonodos regionais e metástase à distância
UICC	União Internacional contra o Câncer

SUMÁRIO

Apresentação	16
1. Introdução	18
2. Objetivos	29
3. Material e Métodos	30
3.1 Etapas de desenvolvimento do estudo.....	32
4. Resultados	39
4.1 Categorização da amostra em temáticas	43
5. Discussão	50
5.1 Categoria temática: Conhecimentos e habilidades para a sistematização da assistência perioperatória com vistas à alta hospitalar	50
5.2 Categoria temática: Estratégias para implementação da alta hospitalar.....	64
5.3 Categoria temática: Necessidades de pacientes com CCR e seus familiares.....	77
6. Conclusão	82
7. Considerações finais	84
Referências	85

APRESENTAÇÃO

Minha formação profissional iniciou-se no curso de Serviço Social na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), onde elaborei a monografia “Compreendendo a homofobia e o heterossexismo: uma contribuição para a superação destes fenômenos”, com contextualização da origem e as características da violência homofóbica na sociedade ocidental e brasileira, além do conceito da ideologia heterossexista, por meio de entrevistas com assistentes sociais em um serviço de saúde municipal que atendiam grupos de travestis e homossexuais para compreender a ocorrência dos fenômenos supracitados e as estratégias de superação adotadas pelas profissionais.

Após a graduação, trabalhei como agente de saúde temporariamente vinculado à prefeitura de Franca, junto a profissionais do sexo, desenvolvendo ações socioeducativas nos locais de trabalho sobre o uso do preservativo, a redução de danos, as doenças sexualmente transmissíveis, cidadania e acessibilidade ao sistema de saúde pública. O envolvimento com as questões de saúde me levou a realizar o Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade de Franca (UNIFRAN), no período de 2005 a 2008.

O interesse em realizar o Curso de Pós-Graduação – Nível Mestrado ocorreu em 2011, durante a elaboração da monografia “*Infecção do Sítio Cirúrgico em Idosos: as implicações das evidências para a enfermagem*” no Curso de Especialização Prevenção e Controle de Infecção em Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Concomitantemente passei a integrar o Grupo de Pesquisa “*Grupo de Estudo da Reabilitação de Pacientes Cirúrgicos e Oncológicos*” da EERP-USP com desenvolvimento de atividades de pesquisa e também de extensão universitária na Unidade de Internação Cirúrgica da especialidade de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sob coordenação da Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe.

Ao longo do Curso de Pós-Graduação – Nível Mestrado, mantive a atividade de extensão às sextas-feiras, tendo a oportunidade de desenvolver a minha experiência clínica ao participar da visita da equipe, o que aprofundou meus conhecimentos sobre avaliação clínica de pacientes adultos e idosos submetidos às cirurgias

coloproctológicas para tratamento do câncer colorretal (CCR) e outras doenças inflamatórias como retocolite ulcerativa e Doença de Crohn, que em geral, tem indicação da confecção de estomas intestinais. Na atividade de extensão também às sextas-feiras, realizei atividades de ensino nos períodos pré e pós-operatório mediato para pacientes e familiares, com abordagem sobre as rotinas da unidade de saúde, fisiopatologia do CCR e tratamentos, seguimento oncológico, estomias intestinais (colostomias e ileostomias) e manejo de equipamentos coletores.

Aprimorei a minha experiência clínica com elaboração dos estudos de caso de pacientes assistidos no pré e no pós-operatório na atividade de extensão, que foram apresentados nas reuniões do Grupo de Pesquisa. Nos estudos de casos relacionávamos a história clínica com a terapêutica cirúrgica e o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória prestada ao paciente, com estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, metas e intervenções, que eram discutidos com os membros do Grupo de Pesquisa. Apresentei estudos de caso que versaram sobre o tratamento cirúrgico aos pacientes com polipose adenomatosa familiar em 2012, paciente com neoplasia colorretal em estadiamento avançado e tratamento paliativo em 2013, com endometriose intestinal em 2014 e com adenocarcinoma retal e em quimioterapia antineoplásica neoadjuvante em 2015.

Com este conjunto de atividades tive oportunidade de aprimorar a minha formação em pesquisa em uma universidade pública, aliando a pesquisa científica à extensão e à assistência, de forma que a ação de cuidar seja implementada concomitantemente ao longo do processo. Desta forma, a proposta da obtenção do título de Mestre em Ciências não constitui mera busca por titulação, mas sim uma busca por uma formação mais ampla, onde a pesquisa constitui um meio para melhor assistir os pacientes e não um fim em si mesmo.

Ao refletir sobre esta experiência surgiram vários questionamentos sobre a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos com câncer colorretal: evidências científicas que fundamentam o planejamento de alta hospitalar desta clientela? Quais recomendações subsidiam a assistência perioperatória, considerando as demandas de necessidades do paciente com câncer colorretal para intervir de forma efetiva para prepará-los para a alta hospitalar?

Em busca de respostas a esses questionamentos, elaboramos o projeto de pesquisa e mediante aprovação no processo seletivo para o curso de Pós-Graduação – Nível Mestrado desenvolvemos o estudo, que passaremos a apresentar.

1. INTRODUÇÃO

Para fundamentar esta proposta de pesquisa, buscamos subsídios sobre a epidemiologia e fisiopatologia do câncer colorretal (CCR), terapêuticas cirúrgicas, tratamentos adjuvantes e suas consequências, assim como os fatores que influenciam a assistência de enfermagem perioperatória prestada aos pacientes com CCR.

No Brasil, as estimativas para 2014/2015 indicam que o CCR será a quarta neoplasia de maior incidência, com 33.000 casos novos, sendo a terceira neoplasia mais incidente em homens e a segunda em mulheres. Excluindo-se os tumores de pele não melanoma, o CCR é o segundo mais frequente em homens e mulheres nas regiões sudeste e sul (EISENHARDT et al., 2012; BRASIL, 2014a).

O CCR é uma patologia com componente genético importante, causada por sucessivas alterações nos genes ao longo dos anos, sendo que a maioria dos tumores são adenocarcinomas originários do tecido epitelial intestinal. Este fato pode explicar que 90% dos pacientes com CCR tenham idade acima de 50 anos, 7,5% abaixo dos 40 anos e 2,5% abaixo dos 30 anos. Contudo, identificamos na literatura científica norte-americana um aumento no número de pessoas mais jovens com este diagnóstico em decorrência de maior incidência de obesidade entre homens e mulheres antes da menopausa, diabetes do tipo 2, alto consumo de carne vermelha processada na forma de *fast-food*, consumo de álcool e de tabaco entre os jovens. Ressaltamos que em grande parte, o diagnóstico nestes pacientes mais jovens foi estabelecido em pacientes sintomáticos com sangramento retal, dor abdominal e mudança nos hábitos intestinais, enquanto que nos assintomáticos, o diagnóstico foi estabelecido mediante presença de anemia e teste positivo para sangue oculto nas fezes (SIEGEL; JEMAL; WARD, 2009; EISENHARDT et al., 2012).

Semelhantemente no Brasil, com o aumento da longevidade, alimentação rica em proteína vermelha com alto consumo de gordura animal e pouca fibra, além do consumo de álcool e tabaco, houve aumento na incidência de CCR. Porém, em muitos casos, quando o diagnóstico é estabelecido, apresentam estadiamento avançado. Dados sobre pacientes em tratamento cirúrgico por CCR num hospital público de Porto Alegre de janeiro de 2009 a maio de 2011 indicaram que 9,8% dos pacientes são diagnosticados no estágio I, 29,5% no estágio II, 29,5% no estágio III e 31,1% no

estádio IV. Portanto, mais de 60% dos pacientes foram diagnosticados nos estádios III e IV, onde a patologia está em fase mais avançada (EISENHARDT et al., 2012).

Outro fator de risco para o desenvolvimento de CCR é a presença da doença inflamatória intestinal pregressa. Assim, os pacientes com retocolite ulcerativa há mais de 10 anos com acometimento do cólon e do reto (pancolite) e àqueles com Doença de Crohn podem apresentar a conversão dessas áreas intestinais em CCR, por serem mais suscetíveis aos danos no DNA, com ativações de genes por fatores carcinogênicos e silenciamento de supressores tumorais (BEAUGERIE; ITZKOWITZ, 2015).

Além das comorbidades, a alimentação constitui importante fator de risco para o desenvolvimento do CCR, sendo que apenas 20% dos fatores de risco tem relação com a hereditariedade. Ou seja, 80% dos fatores podem ser modificáveis, a exemplo da alimentação, controle da obesidade e prática de atividade física. Uma dieta rica em gorduras e carnes vermelhas processadas favorece o desenvolvimento desta neoplasia, pois as gorduras alteram a microbiota bacteriana do cólon com os sais biliares e a bile metabolizada, que eleva a quantidade de substratos carcinogênicos. Por sua vez, as carnes vermelhas processadas contribuem para a síntese de substâncias carcinogênicas a partir de seus componentes nitrosos, aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos policíclicos aromatzados (APRILLI; PARRA, 2011; ZANDONAI, SONOBE, SAWADA, 2012; BEAUGERIE; ITZKOWITZ, 2015).

O protocolo terapêutico predominante para CCR inclui o tratamento cirúrgico, com ressecção do tumor para prevenir hemorragia, obstruções pelo crescimento tumoral e o risco de disseminação e metástases com a linfadenectomia regional. Muitas vezes, em função da gravidade da condição clínica do paciente, a cirurgia passa a ter finalidade paliativa na ocorrência de metástase, isto é, quando a neoplasia avança para além do intestino e envolve outros órgãos, principalmente para fígado, bexiga, e no caso das mulheres útero e ovários, em decorrência da proximidade anatômica (ROCHA, 2011; TAYLOR, 2012).

Cerca de 90% dos pacientes com CCR tem indicação de tratamento cirúrgico, com taxa de mortalidade entre 3% e 6%, e taxa de morbidade de 20% a 40%, como descrito no contexto espanhol (BIONDO et al., 2012).

No contexto brasileiro, conforme estudo retrospectivo de 74 pacientes operados por CCR em um hospital público de Minas Gerais em um período de onze meses de 2009, a taxa de mortalidade foi de 16,2%. A mortalidade foi decorrente de complicações próprias da cirurgia colorretal como deiscência de anastomose intestinal e evisceração,

além de complicações clínicas como tromboembolismo pulmonar e broncopneumonia. Comorbidades também contribuíram para os óbitos, sejam crônicas como obesidade em paciente hipertenso, caquexia e desnutrição, sejam comorbidades agudas como abdome agudo perfurativo e abdome agudo obstrutivo (OLIVEIRA et al., 2011).

Os procedimentos com finalidade curativa são indicados para casos de pacientes com estadiamento precoce e quando o tumor é primário. Entretanto, no nosso contexto os pacientes com essas características são raros devido às dificuldades para o estabelecimento do diagnóstico precoce e de acessibilidade aos serviços de saúde de maior complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e falta de informação à população sobre os fatores de risco do CCR, exames preventivos, terapêuticas cirúrgicas e tratamentos neoadjuvantes, isto é, antes da cirurgia, e adjuvantes, ou seja, após a cirurgia (ROCHA, 2011; TAYLOR, 2012).

Considerando a importância do conhecimento sobre o tratamento cirúrgico e suas consequências para o planejamento da assistência de enfermagem, abordaremos as principais cirurgias.

Há duas abordagens cirúrgicas, a laparotomia e a laparoscopia. A primeira é mais acessível em hospitais brasileiros, pois permite melhor inspeção das áreas lesionadas do cólon e reto pela equipe cirúrgica. Porém, implica em maior tempo para a recuperação fisiológica do paciente, principalmente em relação à retomada da alimentação, ingestão hídrica e mobilidade no pós-operatório, e que pode se estender entre 10 dias até seis (6) meses. Esta recuperação está vinculada à condição clínica e capacidade fisiológica de resposta às terapêuticas e às reações ao estresse cirúrgico.

A laparoscopia, por outro lado, permite alimentação e ingestão hídrica precoce no pós-operatório, em torno do quarto (4º.) dia de pós-operatório, com recuperação prevista em três (3) a seis (6) semanas, porém não está disponível na maioria dos serviços de saúde brasileiros. Isso ocorre devido à necessidade de maior capacitação técnica específica para este tipo de abordagem, além de infraestrutura tecnológica e de recursos humanos. Muitas vezes, a condição clínica destes pacientes contraindica esta técnica cirúrgica. Para os pacientes com neoplasia colorretal em fase avançada, a contraindicação é devido à extensão tumoral e dificuldade técnica para a sua remoção total (ROCHA, 2011; TAYLOR, 2012).

As cirurgias colorretais apresentam grande risco de o paciente perder sangue e fluidos, logo são consideradas como procedimentos de grande porte em relação ao risco cardiológico. Estas cirurgias também são consideradas contaminadas, haja vista o cólon

e o reto serem colonizados por bactérias gram negativas e anaeróbias. Desta maneira, ocorre a prescrição de antibioticoterapia profilática com manutenção até 24 horas após a cirurgia (RAFFERTY, 2014).

A prevenção da infecção no sítio cirúrgico (ISC) para as cirurgias colorretais está vinculada à várias medidas, que podem ser adotadas pela equipe de saúde como a antibioticoterapia profilática; prevenção da hipotermia no intra-operatório que favorece a ação bactericida dos neutrófilos nas primeiras horas de pós-operatório; avaliação clínica do paciente; controle da glicemia; e o manejo da anemia secundária à neoplasia com indicação criteriosa de transfusão de hemoderivados. Entretanto, ainda não há efetivamente um sistema de vigilância, avaliação e estratégias para melhoria das taxas de ISC no contexto brasileiro (BIONDO et al., 2012; TAYLOR, 2012).

As cirurgias colorretais possuem as maiores taxas de ISC dentre as cirurgias abdominais, variando de 3 a 30% na literatura internacional. Obesidade, diabetes, desnutrição, uso de corticosteroides, tabagismo, anemia, radioterapia em estadiamento avançado de câncer colorretal são fatores de risco do paciente para ISC. A abordagem por laparotomia ou laparoscopia, o tempo de cirurgia, perda sanguínea e o local da cirurgia (cólon ou reto) são variáveis cirúrgicas, que também influenciam o desenvolvimento de ISC (DEGRATE et al., 2011; PENDLIMARI et al., 2012).

Por outro lado, o câncer retal está associado a desenvolvimento de ISC incisional superficial, ISC incisional profunda e ISC de órgão/cavidade devido à maior contaminação bacteriana do reto em relação ao cólon, maior necessidade de confecção de estomias intestinais nas cirurgias retais e indicação de terapia neoadjuvante (DEGRATE et al., 2011; PENDLIMARI et al., 2012).

As cirurgias no cólon esquerdo e no reto, como por exemplos, a hemicolectomia esquerda, a retossigmoidectomia, a Amputação abdominoperineal de reto ou Cirurgia de Miles propiciam desenvolvimento de ISC de órgão/cavidade para pacientes com uso pré-operatório de corticosteroides, pré-operatório com duração maior que dois dias e presença de múltiplas comorbidades como diabetes, doença cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, doença hepática crônica, doença renal crônica e acidente cerebrovascular. Além destes fatores de risco, os pacientes com cirurgia no cólon esquerdo com idade acima de 70 anos e os pacientes com cirurgia retal em terapia neoadjuvante também podem desenvolver este tipo de infecção. Há também os fatores cirúrgicos, que podem resultar em ISC como confecção de uma estomia intestinal, duração da cirurgia maior que 3 horas, pós-operatório com cuidados intensivos, ASA 3,

4 ou 5 e contaminação da ferida operatória (DEGRATE et al., 2011; PENDLIMARI et al., 2012).

Conceitualmente, as condições físicas dos pacientes em relação ao risco anestésico são classificadas entre ASA 1, que representa o paciente sadio sem anormalidades e ASA 6 para paciente com morte cerebral declarada. A classificação ASA 3 refere-se ao paciente com doença sistêmica grave; ASA 4 o paciente com doença sistêmica intensa com risco de vida e ASA 5, o paciente moribundo que se espera sobreviver sem o ato anestésico-cirúrgico (GALDEANO, PENICHE, 2007).

As indicações e consequências cirúrgicas variam conforme a localização e extensão tumoral, além da necessidade de amplitude na ressecção, em diferentes regiões do cólon (ceco, cólon ascendente, cólon transversal, cólon descendente e sigmóide) ou nas três regiões cirúrgicas do reto, cuja classificação considera a distância da região do reto à borda anal. Portanto, são denominadas de reto baixo, médio e alto, sendo que correspondem respectivamente, à região até 5cm acima da borda anal, de 5 a 10cm acima da borda anal e de 10 a 15cm acima da borda anal (ROCHA, 2011).

Ou seja, quanto maior o comprometimento de porções mais distais como sigmoide com extensão tumoral até o reto baixo, maior a probabilidade de confecção de estomia intestinal em caráter definitivo. Contudo, em situações que envolvem pacientes com tumor de reto, mesmo que esteja circunscrito, mas quando a localização está no reto baixo, é prevista a ressecção retal com confecção de estomia intestinal definitiva. Há que se considerar também o funcionamento intestinal anterior à cirurgia, estado clínico geral do paciente, capacidade técnica das equipes cirúrgicas durante o ato anestésico-cirúrgico para definição da técnica cirúrgica (DEGRATE et al., 2011; PENDLIMARI et al., 2012).

A cirurgia colorretal para tratamento da doença oncológica baseia-se na ressecção do tumor, onde é necessária a construção de uma anastomose intestinal, ou seja, uma sutura realizada entre dois segmentos intestinais para reconstituir o trânsito intestinal, ou seja, não requer a confecção de estomia intestinal. Assim, é possível a anastomose intestinal com sutura ocorre entre o íleo e o cólon, que é denominada de anastomose íleo-cólica, tendo como referência primeiramente o segmento proximal e depois o distal. Se a sutura ocorre entre o cólon e o reto, temos uma anastomose colorretal (ROCHA, 2011).

Em relação à classificação da anastomose realizada, tendo a referência dos segmentos envolvidos, denominamos como anastomose término-terminal, quando a

sutura ocorre entre as duas bocas terminais do segmento ressecado; anastomose látero-terminal, quando a sutura é realizada com a porção lateral do seguimento proximal com o seguimento terminal distal; anastomose término-lateral, quando a sutura envolve a porção final do seguimento proximal e na porção lateral do segmento distal; e anastomose látero-lateral, quando a sutura é realizada entre as laterais dos segmentos proximal e distal (ROCHA, 2011).

Figura 1. Anastomoses dos segmentos intestinais (ROCHA, 2011)

Portanto, a hemicolectomia direita é indicada para a ressecção de tumor do cólon direito; a colectomia transversa quando há necessidade de ressecção do cólon transversos; a hemicolectomia esquerda para ressecção do cólon descendente; a retossigmoidectomia para situações que envolvem a remoção de tumores de cólon sigmóide e a colectomia total quando há necessidade de remoção de a toda extensão do intestino grosso. Um paciente pode sobreviver sem o intestino grosso (cólon), mas este deverá ter um mínimo de extensão do delgado, pois este é imprescindível à sobrevivência para manutenção da capacidade de absorção de nutrientes (ROCHA, 2011).

Em alguns casos, os pacientes precisarão ser submetidos à construção de um estoma intestinal, no cólon (colostomia) ou no íleo (ileostomia), pelo tempo que for necessário (estoma em alça intestinal) ou definitivo (estoma terminal), que é determinada pela evolução clínica e capacidade de resposta clínica às terapêuticas por cada paciente.

A construção de colostomia temporária é indicada para os casos de ressecções colônicas, que requerem anastomose em região do reto baixo (colorretais); fístula

retovaginal ou retovesical com risco de infecção ou obstrução; proctite e estenose após uso de radiação ionizante e fístulas complexas. Após avaliação clínica do estado geral do paciente no pós-operatório pode haver possibilidade da reversão do estoma através da cirurgia de Reconstrução do Trânsito Intestinal (RTI).

Por outro lado, em casos de maior gravidade como quando ocorre retite estenosante em decorrência da radioterapia, tumor no sigmoide sem possibilidade de excisão do reto, deiscência de anastomose colorretal ou colo-anal, podem surgir fístulas complexas, que impossibilitam a RTI, com e indicação de confecção de uma colostomia terminal ou permanente (ROCHA, 2011).

Para os tumores retais indicam-se a retossigmoidectomia anterior ao reto quando a neoplasia está localizada no reto médio ou alto; a excisão total do mesorreto é recomendada quando a neoplasia localiza-se no reto médio ou baixo, sendo que nestas cirurgias a confecção de estoma intestinal é necessária, em geral em caráter temporária, ou seja, trata-se da confecção de um estoma em alça, sendo possível a RTI no futuro. E por fim, a Amputação Abdominoperineal de Reto (APR) ou Cirurgia de Miles, indicada quando o tumor está localizado no reto baixo e devido ao comprometimento há necessidade de ressecção do sigmoide, reto e do ânus, e, por conseguinte, uma colostomia definitiva ou terminal, em geral, na região abdominal. No entanto, quando há viabilidade técnica, pode ser realizada a confecção de colostomia perineal, que é resultante da rafia da alça remanescente do cólon na região onde foi removido o ânus. Também é indicada a técnica de APR em caso de Doença de Crohn, que constitui fator de risco para o desenvolvimento de CCR, quando há comprometimento do reto ou da região perianal com inviabilidade de manutenção de eliminação anal, com confecção de uma colostomia permanente em região abdominal ou de colostomia perineal (ROCHA, 2011).

Considerando a indicação de uma APR tradicional, são feitas três miotomias na camada seromuscular do cólon sigmoide, que após miorrafia funcionarão como válvulas colônicas para ajudar a manter a continência anal. Contudo, para garantir a continência do paciente, este precisará aprender a fazer irrigação intestinal com o enfermeiro-estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado, que é constituído de enemas colônicos, exclusivamente com água para reeducação intestinal para possibilitar a eliminação intestinal. A irrigação da colostomia perineal deve ser abordada desde o ensino pré-operatório, considerando que a continência será alcançada com treinamento de autoirrigação, cujo seguimento e esquema deverão ser estabelecidos por um

estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado que fará a avaliação da condição clínica e da capacidade de autocuidado da pessoa (OLIVEIRA, 2010).

A irrigação intestinal é uma evacuação programada, por meio da irrigação de água através do estoma e até o cólon a cada 24, 48 ou 72 horas para estimular o peristaltismo, promover o esvaziamento intestinal, reduzir a flora bacteriana, os gases e os odores. É indicada para pacientes com colostomias descendentes, sigmoidostomias e colostomias perineais sem complicações paraestomais e que não estejam no período do tratamento adjuvante com radioterapia ou quimioterapia antineoplásica. A presença de doença intestinal ativa, como o CCR, presença de efeitos adversos aos tratamentos adjuvantes como diarreia, fadiga, além de incapacidade para a realização do autocuidado contraindicam a irrigação intestinal.

Muitas vezes, é realizada colectomia total em caráter de urgência por envolver tumor obstrutivo do cólon ou hemorragia digestiva baixa com alto risco de deiscência de anastomose ileorretal, com confecção de ileostomia. Por outro lado, as ileostomias podem ser permanentes em caso de tumores malignos múltiplos, detectados no diagnóstico inicial (sincrônicos) ou quando outros tumores são detectados no cólon ou reto, após seis meses do estabelecimento do diagnóstico inicial (metacrônicos). Outras patologias, que indicam a construção de uma ileostomia permanente são a polipose adenomatosa familiar (PAF), retocolite ulcerativa e Doença de Crohn com amplo comprometimento do cólon, que constituem fatores de risco para desenvolvimento de CCR (ROCHA, 2011).

Em relação à enfermagem, há necessidade de assistência especializada na realização da demarcação de estoma intestinal, do ensino no período pré-operatório, do preparo colônico mecânico e antibioticoprofilaxia, assim como do ensino do autocuidado no período pós-operatório, com encaminhamento dos pacientes com colostomia ou ileostomia para o Programa de Ostomizados, para cadastramento para aquisição de equipamentos coletores e seguimento especializado, que é mantido pelo SUS (LENZA et al., 2013).

O conhecimento técnico-científico sobre a fisiopatologia, prognóstico, indicação cirúrgica e das outras terapêuticas, além das consequências e efeitos adversos dos tratamentos, permite ao enfermeiro direcionar o planejamento das intervenções de ensino pré e pós-operatório aos pacientes, que serão submetidos às cirurgias com ou sem confecção de estomias intestinais (ROCHA, 2011; TAYLOR, 2012).

Por outro lado, o comprometimento clínico dos pacientes com CCR no pré-operatório indica um quadro catabólico, pois muitos apresentam desnutrição devido à redução da ingestão de alimentos secundária à náusea e vômitos nos meses anteriores à cirurgia como um efeito adverso da radioterapia neoadjuvante e também por causa do desenvolvimento do tumor maligno que se apropria do aporte calórico do paciente, resultando em caquexia, catabolismo e fadiga. Ou seja, ocorre um estado de desequilíbrio entre a síntese e a degradação proteica. O CCR apresenta radiosensibilidade, e, portanto, são raros os pacientes com indicação de quimioterapia antineoplásica neoadjuvante (ROCHA, 2011).

O comprometimento clínico do paciente com CCR pode ainda estar associado à fisiologia intestinal, que fica alterada no pós-operatório em decorrência da manipulação intraoperatória do órgão, que resulta em edema de alça intestinal e alteração na motilidade, prejudicando a absorção e a secreção de fluidos e gases, e em casos mais graves é denominada íleo paralítico, levando à dor e distensão abdominal severa, náuseas e vômitos. Para o controle da dor pós-operatória, geralmente associa-se o analgésico opioide de ação central (cloridrato de tramadol) que potencializa o quadro de constipação intestinal com agravamento da distensão abdominal, com outro de ação periférica (dipirona sódica), que apresenta menos efeitos gastrintestinais. A alimentação oral é reiniciada somente após a restauração da motilidade gástrica, em geral após dois dias, quando por meio do exame físico, o enfermeiro deve avaliar a presença ou ausência de ruídos hidroaéreos, eliminação de flatus e funcionamento intestinal (ROCHA, 2011; TAYLOR, 2012).

A avaliação clínica do enfermeiro deve focalizar o ato anestésico-cirúrgico como um evento estressante para o paciente, cujo organismo entra num processo de estresse fisiológico, desde o momento em que este recebe a notícia da indicação de cirurgia.

O ato anestésico-cirúrgico desencadeia uma reação neuroendócrina e metabólica, que compõem o estresse fisiológico, a depender das características da cirurgia, extensão do trauma tecidual, tipo de anestesia e condição clínica do paciente no pré-operatório. O estresse fisiológico também é conhecido como Síndrome de Adaptação Geral (SAG) e é composto por três (3) fases: reação de alarme ou alerta, reação de resistência e reação de exaustão. O paciente ingressa fase de alarme quando recebe a notícia da cirurgia e a partir deste momento mobiliza suas forças de defesa orgânica para enfrentar a agressão (cirurgia). Durante e após o ato anestésico-cirúrgico, em geral o paciente está na fase de resistência, quando seu organismo consegue garantir a tentativa de busca para

manutenção do estado de equilíbrio fisiológico. Se o paciente apresenta alguma complicação no intra ou pós-operatório, que indica a dificuldade para manter as reações fisiológicas em resposta ao processo anestésico-cirúrgico e pode entrar na fase de exaustão, que resulta em desequilíbrio fisiológico, que compromete a recuperação fisiológica, a cicatrização da ferida operatória e reabilitação pós-operatória (BLACKBURN, 2011).

No pré-operatório, estes pacientes realizam exames de sangue e outros fluidos corporais, radiografia de tórax e por vezes de abdome, eletrocardiograma, colonoscopia, tomografia computadorizada, preparo mecânico do cólon e jejum, que tornam a fase de alarme extremamente desafiadora. As intervenções de enfermagem neste momento visam, além de preparar o paciente para o ato anestésico-cirúrgico, minimizar o estresse fisiológico e psicossocial para que o paciente possa manter a capacidade de enfrentamento e não entre em exaustão.

Os pacientes submetidos à cirurgia colorretal oncológica enfrentam estressores físicos (a extensão da própria cirurgia e da mutilação, as infusões venosas, jejum, privação do sono) e fisiológicos (dor, fadiga). Além disso, existem também os estressores psicossociais (perda de controle sobre a própria vida, invasão da privacidade, mudança na imagem corporal, medo, ansiedade, estigma do câncer e da estomia intestinal).

Ao término do ato cirúrgico colorretal oncológico e durante o período pós-operatório imediato, o paciente apresenta catabolismo, e portanto, o enfermeiro precisa avaliar a condição clínica geral do paciente, o retorno do peristaltismo intestinal, verificando a presença de sons intestinais que atestam a passagem de gases, importante para o monitoramento de complicações como obstrução mecânica e distúrbios gastrintestinais, além de complicações pós-operatórias como trombose venosa profunda, pneumonia e complicações na ferida operatória, dentre outras. O enfermeiro contribui também para a prevenção de peritonite, formação de abscesso, ISC, deiscência da anastomose e fístula, por meio do exame físico do abdômen, da avaliação do processo de cicatrização da ferida operatória, isto é, da resposta local ao estresse fisiológico, também chamada de Síndrome de Adaptação Local (SAL). O exame físico do enfermeiro permite também avaliar a evolução clínica do paciente após a cirurgia, ou seja, avaliar a capacidade do organismo do paciente reagir ao estresse cirúrgico, através da Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Na presença de complicações, ou seja, o paciente encontra-se fisiologicamente na fase de exaustão, e assim, este necessita de

uma assistência de enfermagem de maior complexidade para que se reestabeleça e esteja apto para a alta hospitalar. Por outro lado, quando o paciente não apresenta complicações, significa que este apresenta condições clínicas favoráveis para responder a alta demanda fisiológica e superar o desgaste físico e psicossocial na fase de resistência (BLACKBURN, 2011; DEBARROS; STEELE, 2013).

No pós-operatório mediato, o enfermeiro deve planejar a assistência ao paciente que se encontra em catabolismo, ou seja, é necessário impedir que o paciente tenha gasto energético desnecessário. As intervenções de enfermagem devem levar em consideração as reações fisiológicas e psicossociais dos pacientes e as intervenções educativas devem ser realizadas somente após o terceiro ou quarto dia de pós-operatório, quando o paciente apresenta melhora do quadro catabólico e apresenta sinais de anabolismo e para tanto é imprescindível a avaliação clínica do enfermeiro.

Diante da demanda de necessidades de cuidados específicos no perioperatório, a alta hospitalar destes pacientes precisa ser sistematizada e possibilitar a continuidade de cuidados no domicílio pelos familiares cuidadores.

Contudo, há escassez de produção científica internacional e nacional sobre as evidências para subsidiar a sistematização da alta hospitalar dos pacientes cirúrgicos por CCR.

Considerando todas as repercussões do tratamento cirúrgico para os pacientes com CCR e a demanda de necessidades específicas no perioperatório, assim como os nossos questionamentos, exploramos neste estudo teórico as evidências científicas para subsidiar as recomendações para o planejamento da alta hospitalar desta clientela.

2. OBJETIVOS

Para responder aos nossos questionamentos, temos por objetivos:

- Analisar a produção científica nacional e internacional sobre a assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com câncer colorretal e as recomendações para a alta hospitalar desta clientela;
- Estabelecer as recomendações para a sistematização da assistência perioperatória ao paciente com câncer colorretal com vistas à alta hospitalar, com base nas evidências científicas.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Tendo em vista os objetivos propostos para esta pesquisa, recorreremos ao método da Revisão Integrativa fundamentada na Prática Baseada em Evidência (PBE).

Tradicionalmente, o cuidado do paciente sempre foi baseado conforme as experiências e pareceres, de quem cuidava e indicava o tratamento. Entretanto, isto nem sempre assegurava que o melhor cuidado estivesse sendo realizado. A PBE é um método que possibilita a prestação de cuidados e de tratamentos, com base em resultados de pesquisas científicas, para a melhoria da assistência ao paciente e na melhoria do processo de cuidado realizado pelos profissionais na prática clínica. Desta forma, um profissional de saúde pode buscar na literatura as evidências científicas sobre um determinado tema para alicerçar a escolha do melhor cuidado e tratamento disponíveis (MAJID et al., 2011).

A enfermagem planeja a assistência, prescreve intervenções de enfermagem mediante os recursos materiais e humanos disponíveis e avalia os resultados alcançados com a implementação destas para os pacientes, utilizando-se da PBE como método para otimizar a assistência e para produzir conhecimento científico para a área de enfermagem. Entretanto, o reduzido número de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde dificulta que eles tenham tempo hábil para estarem atualizados na literatura científica de sua área. Além disso, o uso do método da PBE exige conhecimentos sobre métodos de pesquisa científica, bioestatística, atualização em uma determinada temática e experiência clínica para analisar os resultados de pesquisa e sua aplicabilidade na prática clínica para a melhoria da assistência de enfermagem, o que constitui um desafio para a aplicação da PBE no clínico do enfermeiro (MAJID et al., 2011).

Dentro da PBE, um profissional pode recorrer a vários tipos de método para sintetizar as evidências científicas sobre algum fenômeno investigado em estudos primários. Um deles é a revisão integrativa (RI), que consiste na busca de evidências proveniente de estudos primários, que são analisadas com rigor para gerar uma síntese ou integração do conhecimento sobre um determinado tema (SOARES et al., 2014).

A evidência científica dos estudos desta revisão integrativa será classificada em sete níveis, sendo nível I: estudos de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II: ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível III: Estudos de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível IV: Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados (não experimental); nível V: Estudos de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível VI: Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo e nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas (STILLWELL et al., 2010).

Este método de pesquisa científica pode ser realizado através da formulação do problema, busca de estudos primários em bases de indexação eletrônicas, avaliação dos dados para sua categorização e apresentação dos resultados com discussão pertinente para responder a questão e aos objetivos estabelecidos para a revisão de literatura (SOARES et al., 2014).

Para a realização de revisão integrativa recomenda-se a elaboração de seis passos, que incluem a definição da questão, a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura científica, a avaliação crítica, além da identificação da aplicabilidade dos resultados científicos na prática clínica. Assim, uma questão de pesquisa norteará a escolha de descritores para a seleção de estudos primários, que podem ser de diferentes níveis de evidência que serão reunidos e categorizados em temas para comporem uma síntese do conhecimento sobre determinada temática, tendo em vista a melhoria da prática clínica (SOARES, 2014).

3.1 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

As etapas deste estudo foram desenvolvidas, segundo as recomendações de Soares et al. (2014).

Como primeira etapa da Revisão Integrativa, definimos a seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre a alta hospitalar do paciente cirúrgico com câncer colorretal?

Em seguida determinamos os critérios de inclusão dos estudos: estudos primários que abordassem a alta hospitalar do paciente cirúrgico adulto ou idoso com câncer colorretal; publicados no período compreendido entre 2005 e 2015 em inglês,

espanhol e português; obtidos na íntegra via Biblioteca Central do Campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) nas bases de indexação eletrônica relevantes para a área da saúde como PubMed, Web of Sciences, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scopus, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) e Base de Dados de Enfermagem (BDEnf). Recorremos à Cinahl e a BDEnf por serem bases de indexação eletrônicas com foco na produção científica de enfermagem em língua inglesa e portuguesa, respectivamente. Para acessarmos estudos em português e espanhol sobre a área da saúde, utilizamos a base de indexação LILACS e para acessar estudos da área da saúde em inglês recorremos à PubMed, Web of Sciences e Scopus.

Adotamos como critérios de exclusão, os estudos de revisão de literatura e produção científica em formato de monografia, dissertação ou tese. A busca de estudos primários nas bases de indexação eletrônicas ocorreu em Abril de 2015, através de acesso VPN pela Universidade de São Paulo, Campus de Ribeirão Preto. Utilizamos os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Colorectal Neoplasms ou Colorectal Cancer / Neoplasias Colorectales / Neoplasias Colorretais; Nursing / Enfermería / Enfermagem e Patient Discharge ou Discharge Planning / Alta del Paciente / Alta do Paciente.

O resultado de busca pode ser verificado no Quadro 1. Com a leitura dos títulos e dos resumos dos artigos encontrados nas buscas nestas bases de dados, obtivemos um total de 47 artigos científicos, sendo que 40 estudos foram excluídos mediante os critérios de inclusão e exclusão, com seleção de apenas quatro (4) artigos científicos.

Bases de Dados Eletrônicas	Estratégia de Busca	Referências Recuperadas de 2005 a 2015	Referências Excluídas	Referências Seleccionadas por Título e Resumo
WEB OF SCIENCES	Colorectal Neoplasms (título) AND Nursing (título) AND Patient Discharge (título)	0	0	0
LILACS (descritores em espanhol)	Neoplasias Colorectales (descriptor de assunto) AND Enfermería (descriptor de assunto) AND Alta del Paciente (descriptor de assunto)	0	0	0
LILACS (descritores em português)	Neoplasias Colorretais (descriptor de assunto) AND Enfermagem (descriptor de assunto) AND Alta do Paciente (descriptor de assunto)	0	0	0
BDEnf (descritores em espanhol)	Neoplasias Colorectales AND Enfermería AND Alta del Paciente	0	0	0
BDEnf (descritores em português)	Neoplasias Colorretais AND Enfermagem AND Alta do Paciente	0	0	0
CINAHL	Colorectal Neoplasms (MW World in Subject Reading) AND Nursing (MW World in Subject Reading) AND Patient Discharge (MW World in Subject Reading)	5	4	1
SCOPUS	Colorectal Neoplasms (keywords) AND Nursing (keywords) AND Patient Discharge (keywords)	8	6	2
PubMed	Colorectal Neoplasms AND Nursing AND Patient Discharge	34	30	4

Quadro 1. Estratégia de busca nas bases de indexação eletrônicas segundo referências recuperadas, referências excluídas e referências seleccionadas por título e resumo. Ribeirão Preto, 2015.

Quadro 2. Referências por base de indexação eletrônica, segundo título e motivos de exclusão. Ribeirão Preto, 2015.

Base de Indexação	Título	Motivos da Exclusão
CINAHL	Enhanced recovery for patients following colorectal surgery	Não responde questão
CINAHL	The impact of the enhanced recovery after surgery (ERAS) programme on community nursing	Não responde questão e acesso restrito
CINAHL	Survivorship care planning care for colorectal cancer patients	Acesso restrito
CINAHL	Patients' need for nursing telephone follow-up after enhanced recovery	Não responde questão e acesso restrito
SCOPUS	Les soins infirmiers selon les différents types de stomies	Artigo em francês
SCOPUS	Randomized pilot evaluation of the supportive care intervention "CONNECT" for people following surgery for colorectal cancer	Não responde questão
SCOPUS	An integrated multidisciplinary approach to implementation of a fast-track program for laparoscopic colorectal surgery	Não responde questão
SCOPUS	Development and feasibility assessment of telephone-delivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention	Não responde questão
SCOPUS	The process and outcomes of a nurse-led colorectal cancer follow-up clinic	Não responde questão
SCOPUS	The effects of psychological status of the patients with digestive system cancers on prognosis of the disease	Não responde a questão
PUBMED	The shifting cost of care: early discharge for rehabilitation	Fora do período de análise
PUBMED	Uncertainty, symptom distress and information needs after surgery for cancer of the colon	Fora do período de análise
PUBMED	Les soins infirmiers selon les différents types de stomies	Artigo em francês na base Scopus
PUBMED	Ileoanal pouch disfunction and the use of a Medena catheter following hospital discharge	Acesso restrito
PUBMED	Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit	Selecionado na base Scopus
PUBMED	Development and feasibility assessment of telephone-elivered supportive care to improve outcomes for patients with colorectal cancer: pilot study of the CONNECT intervention	Acesso restrito
PUBMED	An integrated multidisciplinary approach to implementation of a fast-track program for laparoscopic colorectal surgery	Não responde questão e acesso restrito
PUBMED	A phenomenological study of the postoperative experiences of patients undergoing surgery for colorectal cancer	Acesso restrito
PUBMED	Patient satisfaction with colorectal cancer follow-up system: an audit	Acesso restrito
PUBMED	The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study	Acesso restrito
PUBMED	Discharge after colorectal cancer surgery 1: an overview	Estudo na base Scopus

PUBMED	Discharge after colorectal cancer surgery 2: planning	Estudo na base CINAHL
PUBMED	Introducing a patient-focused care map in colorectal surgery: a pilot qualitative study of patients' and surgical oncology nurses' experiences	Acesso restrito
PUBMED	Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies	Não responde questão da revisão
PUBMED	Needs of ambulatory patients with cancer who visited outpatient units in Japanese hospitals	Fora do período de análise e acesso restrito
PUBMED	Nursing a patient with a malodorous fungating non-healing wound.	Não responde questão da revisão e acesso restrito
PUBMED	Caring for a patient with a stoma. Living with a stoma: what is impossible becomes possible	Artigo em francês
PUBMED	Continuing care after discharge from hospital for stoma patients	Fora do período de análise e acesso restrito
PUBMED	Well-being and its relation to coping ability in patients with colorectal and gastric cancer before and after surgery	Fora do período de análise e acesso restrito
PUBMED	Informal out-patient discussions with patients following surgery for large bowel cancer: are they beneficial?	Fora do período de análise e acesso restrito
PUBMED	Holistic care following a palliative Hartmann's procedure	Fora do período de análise e acesso restrito
PUBMED	Adjuvant radiotherapy to the colorectum: nursing implications	Fora do período de análise e acesso restrito
PUBMED	Randomized pilot evaluation of the supportive care intervention "CONNECT" for people following surgery for colorectal cancer	Não responde a questão da revisão e na base Scopus
PUBMED	Cost-effectiveness of Laparoscopy in Rectal Cancer	Não responde a questão
PUBMED	Measurement of tumour necrosis factor receptors for immune response in colon cancer patients	Não responde a questão
PUBMED	No effect on survival of home psychosocial intervention in a randomized study of Danish colorectal cancer patients	Não responde a questão
PUBMED	Recovering at home: participating in a fast-track colon cancer surgery programme	Não responde a questão
PUBMED	Reduced length of stay and convalescence in laparoscopies open sigmoid resection with traditional care: a double blinded randomized clinical trial	Não responde a questão
PUBMED	The extended arm of health professionals? Relatives' experiences of patient's recovery in a fast-track programme	Não responde a questão
PUBMED	A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal cancer	Estudo de revisão

No Quadro 2, apresentamos as justificativas de exclusão dos artigos científicos, encontrados na busca em cada uma das bases de indexação do nosso estudo.

Elencamos as causas de exclusão: 13 estudos não respondiam a questão de pesquisa desta revisão integrativa; sete (7) eram de acesso restrito e não puderam ser obtidos na íntegra via acesso Biblioteca Central – VPN USP; seis (6) eram de acesso restrito e não estavam contemplados no período temporal de análise determinado como critério de inclusão; quatro (4) não respondiam a questão de pesquisa e também eram de acesso restrito; quatro (4) eram estudos que foram listados em mais de uma das bases de dados; três (3) eram em idioma francês e um (1) era estudo de revisão.

A estratégia de busca adotada está representada esquematicamente na Figura 2.

Figura 2. Síntese da seleção realizada em relação aos resultados de buscas para a definição da amostra do estudo. Ribeirão Preto, 2015.

Conforme observado na síntese da seleção realizada em relação aos resultados de busca para definição da amostra do estudo, encontramos estudos recentes

provenientes das bases de dados indexadas, no idioma inglês, não sendo encontrando nenhum estudo brasileiro que abordasse a temática.

A amostra final deste estudo foi constituída por sete (7) artigos científicos.

A análise da amostra deste estudo será apresentada em quadros com discussão pertinente, mediante literatura científica.

4. RESULTADOS

Neste capítulo analisaremos a amostra dos sete (7) estudos selecionados em relação aos objetivos, nível de evidência dos estudos, país de origem e área de formação dos autores. Ou seja, avaliaremos o rigor científico de cada estudo selecionado, a amplitude de seus resultados conforme seu desenho de pesquisa ou nível de evidência, o que nos dará um panorama sobre a temática e sobre os pesquisadores que se dedicam a esta temática.

Estudo	Base de Dados	Data da Publicação	Periódico	Título	Autores	País	Área do Conhecimento
1	PUBMED	2013	Colorectal Disease	Identifying indicators of colorectal cancer care coordination: a Delphi study	Young JM	Austrália	Medicina
2	PUBMED	2012	Support Cancer Care	A qualitative exploration of the role of primary care in supporting colorectal cancer patients	Hall S	Reino Unido	Medicina
3	SCOPUS	2011	Colorectal Disease	Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit	Harrison JD	Austrália	Medicina
4	PUBMED	2010	Annals of Surgery	Readmission after colectomy for cancer predicts one-year mortality	Greenblatt DY	Estados Unidos	Medicina
5	PUBMED	2010	European Journal of Cancer Care	The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery	Jonsson CA	Suécia	Enfermagem
6	SCOPUS	2008	Nursing Times	Discharge after colorectal cancer surgery 1: an overview	Taylor C	Reino Unido	Enfermagem
7	CINAHL	2008	Nursing Times	Discharge after colorectal cancer surgery 2: planning	Taylor C	Reino Unido	Enfermagem

Quadro 3 - Estudos selecionados segundo base de dados, data da publicação, periódico, título, autores, país de filiação do autor principal e área de conhecimento. Ribeirão Preto, 2015.

O estudo 1, de opinião de especialista, avaliou, através de consulta a 20 especialistas em CCR, quais seriam os melhores indicadores para avaliar a assistência

aos pacientes com CCR. Dos 41 indicadores potenciais, os especialistas chegaram a um consenso de 15. O estudo foi liderado pela médica Jane Young e conduzido pelos médicos do Cancer Epidemiology and Cancer Services Research Group da University of Sydney, Austrália, identificando 15 indicadores relacionados à comunicação e a formação da equipe de saúde, validados para a análise da assistência a pacientes com CCR. Tais indicadores implicam no planejamento da assistência e em ações a serem desenvolvidas pelos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde. Os especialistas que opinaram sobre estes indicadores eram especialistas em CCR (YOUNG et al., 2013).

O estudo 2, de abordagem qualitativa, identificou o papel dos serviços de atenção básica no atendimento das necessidades de saúde dos pacientes cirúrgicos com CCR após a cirurgia. Foram realizadas 69 entrevistas semiestruturadas no domicílio destes pacientes, identificando não só o papel da atenção básica como um complemento necessário à atenção hospitalar, mas também sobre as necessidades de informações relatadas pelos pacientes. Trata-se de um estudo médico da University of Aberdeen, Reino Unido. As autoras se preocuparam em selecionar pacientes, que apresentavam todos os estadiamentos para o planejamento da assistência, segundo a demanda de necessidades dos pacientes (HALL, GRAY, BROWNE, 2012).

O estudo 3, um estudo descritivo retrospectivo, avaliou as necessidades de cuidados não atendidas de pacientes cirúrgicos com CCR após a alta hospitalar. Os prontuários de 521 pacientes foram auditados em busca de necessidades não atendidas, sendo que 42% dos pacientes apresentaram necessidades da esfera fisiológica. A necessidade de suporte profissional surgiu desde a primeira semana até o sexto mês após a alta hospitalar. Foi realizada regressão logística para identificar um perfil de pacientes com necessidades não atendidas. O autor principal é médico do Surgical Outcomes Research Centre da University of Sydney, Austrália, e mesmo sendo de um contexto bem diferente do brasileiro, traz uma importante contribuição sobre a evolução destes pacientes após a alta, identificando inclusive quem são os mais vulneráveis, oferecendo parâmetros para o planejamento da assistência especializada e as necessidades consideradas importantes para estes pacientes. O objetivo do estudo se mostra compatível com o método utilizado (HARRISON et al., 2011).

O estudo 4, quantitativo descritivo, identificou a taxa de readmissão considerada 30 dias após a alta hospitalar e os seus preditores para pacientes com CCR submetidos a colectomia e verificou a associação entre a readmissão após 30 dias pós-alta hospitalar e a mortalidade até um ano pós-alta hospitalar. Foram considerados dados de 4.662 pacientes em um período de uma década. A taxa de readmissão foi de 11%, com identificação de vários preditores e associação entre readmissão e mortalidade, sendo que 16% dos pacientes readmitidos morreram antes do primeiro ano após a alta hospitalar, em contraposição a 7% que não foram readmitidos. Este estudo norte-americano de médicos da University of Wisconsin contribuiu para o planejamento da assistência e identificou intervenções importantes como o controle de infecção, que o enfermeiro pode realizar na assistência ao paciente cirúrgico com CCR (GREENBLATT et al., 2010).

O estudo 5, estudo de abordagem qualitativa com teoria fenomenológica, descreveu como 13 pacientes cirúrgicos com CCR vivenciaram o pós-operatório. Foi identificada a essência do fenômeno e demais aspectos considerados importantes para os pacientes como reaver o controle sobre o próprio corpo. Com o relato dos pacientes várias intervenções de enfermagem como orientar o manejo da bolsa coletora, auxiliar a evacuação de pacientes sem estomia intestinal foram identificadas como pertinentes, bem como as necessidades específicas destes pacientes para reaver o controle do próprio corpo. Os autores são enfermeiros suecos do Vrinnevi Hospital, que identificaram as necessidades e as intervenções de enfermagem a serem implementadas para o período após a alta hospitalar (JONSSON, STENBERG, FRISMAN, 2010).

O estudo 6, opinião de especialista, trata do impacto das diversas técnicas cirúrgicas disponíveis aos pacientes cirúrgicos com CCR, suas consequências e terapias adjuvantes no planejamento da assistência de enfermagem. O estudo considera a doença oncológica como uma patologia crônica, com necessidade de seguimento especializado após a cirurgia; pontuou a importância de o enfermeiro compreender a indicação do tratamento cirúrgico ao planejar a assistência de enfermagem perioperatória e considera os primeiros 12 meses após a cirurgia como decisivos na reabilitação do paciente. A autora resgata a importância da fisiopatologia e do conhecimento da terapêutica no planejamento de enfermagem com sugestão de intervenções específicas da enfermagem ao paciente cirúrgico com CCR como elaboração e oferecimento de material informativo sobre as consequências da cirurgia, manejo da dor abdominal, fadiga, perda

de apetite, síndrome da ressecção anterior e disfunção sexual e urinária. A autora possui experiência clínica e produção científica que embasam o estudo (TAYLOR, 2008a).

O estudo 7, opinião de especialista, discorreu sobre os principais aspectos que os enfermeiros precisam considerar no planejamento da alta hospitalar para os pacientes cirúrgicos com CCR. A autora é uma enfermeira com doutorado que atua no Burdett Institute of Gastrointestinal Nursing do Saint Mark's Hospital, no Reino Unido, um importante centro internacional, na área de Coloproctologia. Esta explorou a importância do planejamento da alta hospitalar para estes pacientes considerando os aspectos fundamentais que precisam ser incluídos pelo enfermeiro, assim como os cuidados a serem prestados, a importância da comunicação no trabalho da enfermagem, o suporte emocional e o processo de reabilitação pós-operatória devido à cronicidade da doença oncológica e as consequências dos tratamentos cirúrgico e adjuvantes. Trata-se de um estudo com evidência menos forte, porém é um dos poucos que valoriza o planejamento da assistência de enfermagem especializada (TAYLOR, 2008b).

Os sete estudos selecionados demonstraram rigor científico em sua condução, com coerência entre o objetivo proposto, o método escolhido e os resultados encontrados.

Em relação à classificação dos níveis de evidência, todos os estudos foram descritivos: três opiniões de especialistas (nível de evidência VII), dois qualitativos (nível de evidência VI), um estudo descritivo retrospectivo (nível de evidência VI) e um descritivo (nível de evidência VI). Tais níveis de evidência indicam, portanto que a produção científica relacionada ao tema ainda está em uma fase inicial, com objetivo de conhecer o evento, e somente produção internacional, haja vista que não foram encontrados estudos nacionais (STILLWELL et al., 2010).

Após a leitura na íntegra dos estudos selecionados, os categorizamos em temas conforme os seus resultados.

4.1 CATEGORIZAÇÃO DA AMOSTRA EM TEMÁTICAS

Após a leitura e análise dos sete estudos na íntegra, identificamos três categorias temáticas, que constituem as recomendações para subsidiar a sistematização da alta hospitalar para pacientes cirúrgicos com CCR.

Considerando os diferentes aspectos abordados na amostra deste estudo e por identificarmos vários aspectos por prioridades, estes foram categorizados em temas: Conhecimentos necessários aos enfermeiros e habilidades requeridas para a sistematização da alta hospitalar; Estratégias para implementar alta hospitalar e Necessidades de pacientes com CCR e familiares.

Categorias temáticas	Conhecimentos e habilidades para o planejamento da alta hospitalar	Estratégias para implementar alta hospitalar	Necessidades de pacientes com CCR e familiares
Estudos	1, 2, 3, 4, 6 e 7	1, 4, 5, 6 e 7	2, 3 e 5

Quadro 4 - Categorização dos estudos da amostra do estudo em relação às categorias temáticas. Ribeirão Preto, 2015.

Na nossa amostra, nenhum estudo abordou especificamente os aspectos somente de uma categoria temática, ou seja, os aspectos importantes para a sistematização da alta hospitalar para os pacientes cirúrgicos com CCR foram explorados em diferentes estudos da nossa amostra, constituída por estudos descritivos que tinham como objetivo de conhecer o evento da alta hospitalar de pacientes cirúrgicos com CCR.

Apresentaremos a síntese dos estudos selecionados, considerando os níveis de evidência e as categorias temáticas de cada estudo.

Estudo	Autores	Título	Periódico	Nível de Evidência	Categoria temática
1	Young JM 2013	Identifying indicators of colorectal cancer care coordination: a Delphi study	Colorectal Disease	Opinião de especialista VII	Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar Estratégias para implementar alta hospitalar
2	Hall S 2012	A qualitative exploration of the role of primary care in supporting colorectal cancer patients	Support Cancer Care	Qualitativo VI	Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar Necessidades de pacientes com CCR e familiares
3	Harrison JD 2011	Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit	Colorectal Disease	Descritivo retrospectivo VI	Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar Necessidades de pacientes com CCR e familiares
4	Greenblatt DY 2010	Readmission after colectomy for cancer predicts one-year mortality	Annals of Surgery	Descritivo VI	Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar Estratégias para implementar alta hospitalar
5	Jonsson CA 2010	The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery	European Journal of Cancer Care	Qualitativo IV	Estratégias para implementar alta hospitalar Necessidades de pacientes com CCR e familiares
6	Taylor C 2008	Discharge after colorectal cancer surgery 1: an overview	Nursing Times	Opinião de especialista VII	Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar Estratégias para implementar alta hospitalar
7	Taylor C 2008	Discharge after colorectal cancer surgery 2: planning	Nursing Times	Opinião de especialista VII	Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar Estratégias para implementar alta hospitalar

Quadro 5. Artigos selecionados segundo numeração do estudo, autores, ano, título, periódico, nível de evidência e categoria temática. Ribeirão Preto, 2015.

Apresentaremos a síntese dos estudos da amostra em relação aos aspectos fundamentais para cada categoria temática.

Quadro 6 - Síntese dos estudos selecionados segundo objetivo, nível de evidência e categorias temáticas. Ribeirão Preto, 2015.

Estudo 1	
Objetivo	Identificar entre os especialistas os indicadores prioritários para a assistência de pacientes com CCR
Nível de Evidência	VII (opinião de especialistas)
Categoria Temática Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar	O processo da alta hospitalar deve ser planejado, com abordagem multidisciplinar, ser compreensível para o paciente e seus familiares, com base em evidências científicas
Categoria Temática Estratégias para implementar alta hospitalar	<p>Ações a serem implementadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planejamento da alta hospitalar com plano de seguimento pós-alta pelos membros da equipe de saúde e não somente da equipe médica; seguimento após a alta com monitorização do antígeno carcinoembrionário (CEA) e pelo menos uma tomografia computadorizada (TC) por 2 anos após a ressecção; ➤ Caráter multidisciplinar com consulta pré-operatória com enfermeira estomaterapeuta, participação da equipe de profissionais na discussão dos casos, no pré-operatório com oncologista e radiologista; ➤ Ensino de pacientes e familiares com fornecimento de informações por escrito, legível e compreensível sobre diagnóstico, prognóstico e do seguimento; ➤ Protocolos fundamentados na Prática baseada em evidências: terapia adjuvante para pacientes com invasão nos linfonodos, radioterapia para pacientes com tumor T3/4 ou N1, para pacientes com câncer retal o atendimento deve ser realizado pelo cirurgião coloproctologista, com experiência no manejo de ao menos 10 casos de câncer retal por ano e estadiamento radiológico pré-operatório do tumor.

Estudo 2	
Objetivo	Identificar o suporte profissional ou apoio social necessário aos pacientes com CCR na atenção primária
Nível de Evidência	VI (estudo qualitativo)
Categoria Temática Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Há necessidade do envolvimento dos enfermeiros da atenção básica no atendimento das necessidades do paciente com câncer colorretal após a alta hospitalar
Categoria Temática Necessidades de pacientes com CCR e familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Necessidade de informações sobre a dieta alimentar e vida sexual após a cirurgia; ➤ Dificuldade dos pacientes em lidar com o estresse de seus familiares e dos amigos; ➤ Dilema do próprio paciente prover suporte ao invés de receber o apoio de familiares e amigos.
Estudo 3	
Objetivo	Identificar necessidades de cuidados não atendidas no pós-operatório de cirurgia por CCR através da auditoria de prontuários
Nível de Evidência	VI (estudo descritivo retrospectivo)
Categoria Temática Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Parâmetros de avaliação da condição clínica do paciente: idade, sexo, localização da residência, inserção no mercado de trabalho (desempregado ou não), caráter da internação (eletiva ou emergencial), localização do tumor (cólon ou reto), procedimento cirúrgico, presença ou ausência de estomia intestinal; duração da internação; número de readmissões; ➤ Período crítico para o paciente: necessidades não atendidas entre a primeira semana de pós-operatório até 6 meses podem dificultar o fechamento da estomia ou início da terapia adjuvante e resultar em progressão da doença oncológica; ➤ Pacientes mais vulneráveis: idosos e com câncer retal;
Categoria Temática Necessidades de pacientes com CCR e familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Principais necessidades não atendidas dos pacientes: necessidades fisiológicas como manejo de dor perianal, náusea e dispneia; ➤ Necessidades educacionais sobre medicamentos e dieta alimentar no pós-operatório.

Estudo 4	
Objetivo	Identificar a taxa de readmissão, os preditores de readmissão após colectomia por CCR e a associação entre a readmissão e a mortalidade
Nível de Evidência	VI (estudo descritivo)
Categoria Temática Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Readmissão é um indicador da cirurgia oncológica colorretal e estratégias devem ser melhoradas para a sua redução; ➤ Preditores de readmissão como sexo masculino, comorbidade, cirurgia de emergência, internação prolongada, transfusão de sangue, confecção de estomia intestinal e encaminhamento para outra instituição de saúde precisam ser considerados no planejamento para a alta hospitalar; ➤ Pacientes readmitidos possuem maior mortalidade
Categoria Temática Estratégias para implementar alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Principal causa da readmissão que merece intervenção: infecção
Estudo 5	
Objetivo	Descrever o pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia por CCR
Nível de Evidência	VI (estudo qualitativo)
Categoria Temática Estratégias para implementar alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensinar o manejo da bolsa coletora e auxiliar a evacuação pós-ressecção sem estomia intestinal para promover maior sensação de controle da eliminação e do próprio corpo; ➤ Esclarecer sobre a possibilidade da construção da estomia intestinal temporária ou permanente; ➤ Planejar a alta hospitalar de forma a minimizar o estresse do paciente e familiar para o retorno ao domicílio; ➤ Priorizar informações sobre o processo de recuperação da cirurgia, manejo dos sintomas intestinais e cuidados com a ferida operatória.
Categoria Temática Necessidades de pacientes com CCR e familiares	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O fenômeno central identificado foi reaver o controle do próprio corpo

Estudo 6	
Objetivo	Preparar a alta hospitalar de pacientes submetidos à cirurgia por CCR
Nível de Evidência	VI (opinião de especialista)
Categoria Temática Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover a aprendizagem do autocuidado e desenvolvimento das habilidades do paciente e de seus familiares é primordial para a alta; ➤ A indicação cirúrgica e suas consequências dependem da localização do tumor no cólon ou reto; ➤ Cirurgias com estomias intestinais temporárias ou permanentes devem ser consideradas; ➤ Aspectos psicossociais como sobrecarga financeira, mudanças de autoconceito, isolamento, dificuldade nas relações sexuais e medo da recidiva devem ser avaliados; ➤ Pacientes e familiares precisam ser informados sobre a importância do seguimento e do tratamento adjuvante
Categoria Temática Estratégias para implementar alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oferecimento de material informativo sobre as consequências das cirurgias que podem se prolongar por até 6 meses, com especial atenção para manejo da dor abdominal, infecção (ferida operatória, trato urinário ou respiratório), fadiga e perda de apetite, mudança nos hábitos intestinais, síndrome da ressecção anterior (frequência, urgência, fragmentação da fezes e incontinência naqueles submetidos à ressecção retal sem formação de estomia intestinal) e disfunção sexual e urinária
Estudo 7	
Objetivo	Preparar a alta hospitalar de pacientes submetidos à cirurgia por CCR
Nível de Evidência	VII (opinião de especialista)
Categoria Temática Conhecimentos e habilidades para a sistematização da alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O processo de alta hospitalar é multidisciplinar; ➤ O enfermeiro orienta a equipe de enfermagem e os outros profissionais ao descrever e avaliar a condição clínica do paciente por documentação e comunicação claras; requisita os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social e enfermagem na atenção básica); ➤ Cada cuidado de enfermagem é uma oportunidade para o ensino sobre a troca de curativo com ensino de cuidados com a ferida operatória; administração de medicamentos com o ensino sobre os seus efeitos adversos; ➤ Os pacientes mais vulneráveis são àqueles admitidos em caráter emergencial, em tratamento adjuvante, com comorbidades, sem suporte social e àqueles muito jovens ou idosos;

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os primeiros 6 meses de pós-operatório serão desafiadores para o paciente pela retomada de atividades físicas leves por causa da fadiga nas duas primeiras semanas, alimentos facilmente digeríveis, dirigir veículos após 6 semanas; ➤ A família do paciente deve ser envolvida no planejamento da alta hospitalar.
<p>Categoria Temática Estratégias para implementar alta hospitalar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliar necessidades fisiológicas com utilização da escala de avaliação da dor e anotações no prontuário sobre a função intestinal; ➤ Avaliar sintomas com identificação da localização, intensidade, frequência, duração, fatores agravantes e atenuantes, tratamento e resposta a terapêutica; ➤ Avaliar vida social (rede de apoio do paciente); ➤ Avaliar o paciente no pós-operatório com o objetivo de maximizar a saúde e manejar as complicações cirúrgicas; ➤ Elaborar informações orais e escritas para os pacientes, sem esquecer a cronicidade da doença oncológica; ➤ Incluir o encaminhamento dos estomizados para o Programa de Ostomizados.

5. DISCUSSÃO

5.1 CATEGORIA TEMÁTICA: CONHECIMENTOS E HABILIDADES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PERIOPERATÓRIA COM VISTAS À ALTA HOSPITALAR

Nesta categoria temática foram analisados os estudos de Taylor (2008a), Taylor (2008b), Greenblatt et al. (2010), Harrison et al. (2011), Hall, Gray, Browne (2012), e Young et al. (2013).

Figura 3. Síntese das recomendações sobre conhecimentos e habilidades necessárias para a sistematização da assistência perioperatória ao paciente com CCR com vistas à alta hospitalar. Ribeirão Preto, 2015.

A sistematização da assistência perioperatória com vistas à alta hospitalar exige conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas para tratamento do CCR e suas consequências, bem como sobre o seguimento oncológico. Exige também habilidades para incluir o familiar no planejamento e para prevenir a readmissão do paciente (TAYLOR, 2008a; TAYLOR, 2008b; GREENBLATT et al, 2010; HARRISON et al., 2011; HALL; GRAY; BROWNE, 2012; YOUNG et al., 2013).

A sistematização da alta hospitalar deve ser baseada em evidências científicas e inicia-se no pré-operatório e deve ser multidisciplinar, isto é, com participação e cooperação de todos os profissionais que atendem o paciente e família na instituição. Assim, é importante que o paciente e seus familiares compreendam a rotina da unidade de internação cirúrgica, os tratamentos e cuidados. O enfermeiro, por estar 24h na unidade de internação cirúrgica, pode orientar a equipe ao avaliar a condição clínica do paciente e descrevê-la no prontuário de forma clara, facilitando o acompanhamento do estado de saúde do paciente pela equipe multidisciplinar. Ele também pode solicitar a avaliação dos serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social na unidade de internação cirúrgica, além de encaminhar ao Programa de Ostomizados mais próximo da residência do paciente ou do serviço de atenção básica (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002; TAYLOR, 2008a; YOUNG et al., 2013).

Conforme literatura científica inglesa, a sistematização da assistência de enfermagem é um processo, desde o pré ao pós-operatório. No pré-operatório o enfermeiro pode oferecer suporte emocional ao paciente e familiar para que estes consigam enfrentar o diagnóstico oncológico e diminuir a ansiedade em relação ao tratamento cirúrgico e suas consequências. Ainda no pré-operatório o planejamento envolve o preparo do paciente para a cirurgia oncológica, o que requer avaliação clínica sobre possíveis fatores, que podem comprometer a capacidade de resposta ao estresse do processo anestésico-cirúrgico, além da demarcação para os candidatos à confecção de estomia intestinal (TAYLOR, 2012).

No pós-operatório imediato e mediato o planejamento da assistência perioperatória deve focalizar as consequências da cirurgia, com e sem confecção de estomia intestinal e o seguimento oncológico. Adicionalmente o enfermeiro deve oferecer suporte aos familiares, que também podem estar ansiosos em relação ao diagnóstico, tratamento e seguimento. A alta hospitalar é a continuidade do processo perioperatório que tem por objetivo preparar o paciente e seus familiares para alta

hospitalar e para o período de transição hospital-domicílio, que pode durar até um ano após a cirurgia oncológica colorretal (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; TAYLOR, 2012).

Assim, ao planejar a alta hospitalar, o enfermeiro precisa compreender que os primeiros 6 meses de pós-operatório serão desafiadores para o paciente com CCR e seus familiares, prioritariamente na retomada de atividades físicas e alimentação (TAYLOR, 2008a; HARRISON et al., 2011).

Neste planejamento, necessariamente não é possível contemplar todos os aspectos, o que exige a capacidade do enfermeiro tomar a decisão sobre as prioridades que favoreçam a recuperação fisiológica e psicossocial. Para tanto, é imprescindível o acolhimento do paciente e família para estabelecer um vínculo de confiança, que possibilita a avaliação da capacidade desta clientela para que o planejamento seja realizado, mediante a definição das necessidades específicas, assim como a utilização de estratégias adequadas para cada situação (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; MOTTA, 2013).

Desta forma, eles devem ser orientados no período de internação sobre a necessidade de restrição de atividades física no retorno ao domicílio. Inicialmente, o paciente deve retomar atividades leves por causa da fadiga e da possibilidade de desenvolvimento de hérnia incisional ou paraestomal, nas duas primeiras semanas. O paciente pode dirigir veículos, após a sexta semana e as atividades mais intensas podem ser retomadas ao longo do tempo conforme tolerância de cada pessoa. A alimentação, considerando a cirurgia gastrointestinal, nas primeiras duas semanas após a alta hospitalar, deve ser facilmente digerível, sem frituras, sem alto teor de gordura, com consumo de frutas sem cascas e bagaço, legumes cozidos e vegetais refogados, para prevenir a ocorrência de diarreia ou outros desconfortos. Após estas duas semanas iniciais, os vegetais crus podem ser consumidos na forma de salada. Neste período de seis meses podem ocorrer complicações tardias da estomia, progressão da doença oncológica ou início da terapia adjuvante (TAYLOR, 2012).

Para sistematizar o enfermeiro deve avaliar o paciente, considerando dados demográficos, clínicos e psicossociais. A avaliação deste conjunto de dados como o local de residência, a atividade laboral, capacidade para o autocuidado, presença de cuidador e apoio familiar, evolução da doença oncológica e terapêuticas realizadas,

cirurgia eletiva ou emergencial, tipo de estomia intestinal, além da duração da internação e número de readmissões, possibilitam estabelecer as intervenções de enfermagem, adequadas para cada paciente (HARRISON et al., 2011; TAYLOR, 2012).

Além destes parâmetros de avaliação dos pacientes, cabe ressaltar nesta clientela aqueles com maior vulnerabilidade como os admitidos em caráter emergencial, em tratamento adjuvante, com comorbidades, com câncer retal, sem suporte social, jovens ou idosos, que devem ser avaliados adequadamente pelo enfermeiro e pelos outros profissionais para prevenir intercorrências no perioperatório (HARRISON et al., 2011).

Neste sentido, no hospital terciário do interior paulista onde atuamos, os dados sobre pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico com estomias intestinais revelaram que a maioria era do sexo feminino (52,9%), com alguma comorbidade (55,7%), a doença oncológica colorretal como diagnóstico principal (65,8%), submetida à cirurgia eletiva (80%), obesidade (8,5%), colostomia (65,7%) e tratamento adjuvante com quimioterapia antineoplásica ou radioterapia (57,1%), o que dimensiona a necessidade de planejamento da assistência perioperatória multidisciplinar e especializado (OLIVEIRA, 2014).

É importante potencializar durante a realização dos cuidados de enfermagem o ensino de pacientes e familiares sobre os cuidados domiciliares em relação à ferida operatória e à administração de medicamentos, o que poderá diminuir a ocorrência de complicações pós-operatórias e assegurará a continuidade da assistência hospitalar com vistas à recuperação fisiológica e psicossocial, com alcance da reabilitação pós-operatória (TAYLOR, 2008b; FIGUEIREDO, 2013).

Segundo estudo brasileiro sobre estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais, o ensino é um processo dialógico entre o paciente/familiar e o profissional, que identifica as necessidades de aprendizado dos pacientes, respeitando sua autonomia, autoconfiança, responsabilidade e iniciativa pessoal e os recursos pessoais e familiares. Os dados clínicos e sociais devem ser considerados na avaliação da capacidade dos pacientes para a realização do autocuidado da estomia e equipamentos coletores, estabelecendo com exatidão quando há necessidade de um cuidador e de suporte profissional, e desta forma, é possível manter o paciente com maior independência (SILVA et al., 2014).

No ensino o autocuidado deve ser abordado para o desenvolvimento de habilidades do paciente e de seus familiares, em especial daqueles que desempenharão atividade de cuidador. Além da indicação cirúrgica, as consequências da cirurgia precisam ser explicadas aos pacientes e familiares, inclusive a possibilidade da confecção de estomias intestinais e sua temporalidade, pois assim estes poderão ter a oportunidade sanar dúvidas e se preparar para o retorno ao domicílio (TAYLOR, 2008a; LENZA et. al, 2013b; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013; SILVA, 2013; MARTINS, 2014).

No contexto brasileiro, é consenso de que o ensino de pacientes estomizados intestinais e seus familiares em relação ao autocuidado com o estoma e equipamentos coletores é importante. Contudo, ainda há escassez de estudos sobre a implementação de ações contextualizadas e com linguagem acessível aos pacientes e familiares (LENZA et al., 2013a; LENZA et. al, 2013b; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013; SILVA, 2013).

Aspectos psicossociais como sobrecarga financeira, mudanças no autoconceito após a cirurgia, isolamento, dificuldade nas relações sexuais e medo da recidiva precisam ser considerados (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; TAYLOR, 2008a; LENZA et al., 2013a; LENZA et. al, 2013b; MOTTA, 2013; SILVA, 2013; MARTINS, 2014).

Um estudo irlandês investigou as consequências econômicas, emocionais e a interrelação entre elas, vivenciadas por pacientes com CCR após o tratamento cirúrgico (CEILLEACHAIR et al., 2012).

No Brasil, em um estudo sobre o conhecimento de pacientes oncológicos sobre seus direitos, ou seja, os direitos do paciente oncológico previsto por lei federal, foi verificado que do total de 42 pacientes em quimioterapia antineoplásica, houve predomínio de 57% do sexo feminino, 28% com idade entre 61 e 70 anos, 62% cursaram apenas o ensino fundamental, 72% casados, 50% tinham renda familiar de 2,6 salários mínimos; e 45% desconheciam sobre os benefícios, sendo que 31% relataram obtenção de algum benefício e 23% não haviam solicitado nenhum benefício e 38% tiveram acesso às informações pela mídia. Isso revela que os pacientes oncológicos enfrentam dificuldades econômicas durante o adoecimento, e em geral, não fazem uso dos seus direitos por desconhecimento (SONOBE, BUETTO, ZAGO, 2011).

Os pacientes com CCR possuem pouco conhecimento sobre seus direitos sociais, que eles ficam constrangidos aos buscarem seus direitos, o que dificulta o acesso às políticas sociais (CEILLEACHAIR et al., 2012).

O aumento das despesas financeiras destes pacientes ocorre pela necessidade do uso de analgésicos após a alta hospitalar, enxaguantes bucais para o manejo de mucosite por quimioterapia antineoplásica, viagens até o hospital para tratamento oncológico e alterações na estrutura física do domicílio para favorecer a mobilidade e conforto dos pacientes. Isso consequentemente compromete as finanças da família e por outro lado, há a impossibilidade de manutenção da atividade laboral e a renda diminui, pois o valor recebido quando recebe o benefício durante a licença saúde é menor ao salário. Nesse contexto socioeconômico adverso, a rede social do paciente, quando presente, auxilia com o transporte para o hospital, o apoio emocional durante o tratamento oncológico (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; SONOBE, BUETTO, ZAGO, 2011; CEILLEACHAIR et al., 2012; LENZA et. al, 2013b; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013; MARTINS, 2014).

No contexto dos serviços de saúde que atendem pacientes oncológicos, cabe ao Serviço Social identificar as questões sociais, que possam interferir no tratamento, viabilizar o acesso aos direitos sociais deste paciente avaliando os determinantes sociais no processo de adoecimento, assegurando a participação e controle social dos pacientes e de seus familiares nos serviços de saúde com fornecimento de informações sobre os programas de assistência à saúde e de previdência social, vinculadas às políticas públicas (BRASIL, 2014b).

Há vários direitos sociais assegurados aos pacientes oncológicos, que requerem documentação e cuja viabilização é realizada pela assistente social do serviço de saúde.

O trabalhador cadastrado no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) que tiver câncer na fase sintomática ou que tenha um dependente com câncer na fase sintomática poderá sacar o FGTS. Além disso, a pessoa com câncer está isenta do imposto de renda relativo aos rendimentos de aposentadoria, reforma e pensão (BRASIL, 2014b). O paciente com invalidez total e permanente por neoplasia maligna possui direito à quitação do financiamento da casa própria, caso haja esta cláusula em seu contrato e a doença oncológica tenha sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel (SONOBE, BUETTO, ZAGO, 2011).

O trabalhador cadastrado no Programa de Integração Social (PIS) ou aquele cadastrado no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) anterior à outubro de 1988, com diagnóstico de câncer na fase sintomática ou dependente com câncer na fase sintomática poderá sacar respectivamente, o PIS na Caixa Econômica Federal e o PASEP no Banco do Brasil (BRASIL, 2014b).

O paciente segurado, ou seja, aquele que contribuiu à Previdência Social, cuja incapacidade para o trabalho tenha sido comprovada por perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) tem direito ao benefício mensal do auxílio-doença. O paciente com neoplasia maligna está dispensado do período de carência, desde que contribuições tenham sido feitas anteriormente à data do diagnóstico (BRASIL, 2014b).

Se a incapacidade para o trabalho for reconhecida pela perícia médica do INSS como definitiva e o trabalhador segurado não estiver em processo de reabilitação, poderá receber a concessão de aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2014b).

O idoso e a pessoa com deficiência de qualquer idade, no caso os estomizados intestinais são considerados pessoas com deficiência física pelo Decreto 5.296 de 2004, sem vinculação ao regime de previdência social, mas a renda per capita de todos os membros da família que trabalham seja inferior a um quarto do salário mínimo, é concedido o direito a um salário mínimo mensal do Benefício de Prestação Continuada (BPC), instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que integra a Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O BPC não inclui décimo terceiro salário (SONOBE, BUETTO, ZAGO, 2011; MARTINS, 2014).

Por outro lado, o paciente cadastrado na Secretaria de Saúde do município de sua residência e em posse de documento que comprova a indicação de encaminhamento médico aos serviços da rede pública em outro município ou em outro Estado, tem direito ao Tratamento Fora de Domicílio (TFD), com previsão, mediante autorização, de cobertura das despesas com transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação do paciente, podendo ser incluídas as despesas para acompanhante.

Ainda em relação aos direitos sociais, é pertinente ressaltar que o paciente com câncer pode estar em união estável com uma pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo. Os casais homoafetivos em união estável podem convertê-la em casamento civil. O assistente social, conforme Lei do exercício profissional 8.662 de 1993 e resolução 489

de 2006 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), está comprometido com a construção de uma sociedade sem preconceitos relacionados à orientação sexual (contra gays, lésbicas e bissexuais) e a identidade de gênero (contra transexuais e travestis). Além da gravidade clínica dos pacientes com CCR que sejam heterossexuais, àqueles que são homossexuais, bissexuais e transexuais tem o direito de ter sua orientação sexual e identidade de gênero respeitada pelo assistente social que trabalha na instituição de saúde. Assim, as mulheres transexuais, também chamadas de mulheres trans, são aquelas que nasceram e foram criadas como homem, mas que se sentem mulher e através da transição passa a usar roupas femininas e nome feminino (nome social), portanto deve ser tratada como mulher. Os homens transexuais, também chamados de homens trans, são aqueles que nasceram e foram criados como mulher, mas que se sentem homem e através da transição passa a usar roupas masculinas e nome masculino (nome social) e, portanto deve ser tratado como homem. As travestis são pessoas trans que comumente vivem da prostituição por encontrarem barreiras sociais para ingressarem em outros empregos formais e devem ser tratadas no feminino (nome social).

Estudo de uma assistente social australiana investigou as intervenções do Serviço Social junto a pacientes estomizados intestinais e seus familiares, sendo que contextualizou a epidemiologia do CCR e a natureza dos estudos publicados sobre os estomizados intestinais, com um modelo de intervenção social com foco na dinâmica familiar e social, nas consequências da cirurgia, considerando as demandas do estomizado intestinal e seus familiares durante a assistência perioperatória para definir o papel do Serviço Social junto a esses pacientes (SULLEY, 1990).

A epidemiologia do CCR o torna um problema de saúde pública com implicações para o Serviço Social, seja no atendimento direto destes pacientes e seus familiares e a necessidade de estomia intestinal, assim como a participação em campanhas preventivas. Ambos são aspectos que os assistentes sociais precisam conhecer com maior profundidade, pois desta forma podem contribuir mais efetivamente no atendimento multidisciplinar a esta clientela, em consonância com a enfermagem, otimizando a resolução de problemas e dificuldades para favorecer o alcance da recuperação fisiológica e psicossocial e da reabilitação pós-operatória.

Há escassez de estudos sobre a temática na área do Serviço Social, assim como a produção de estudos cirúrgicos e de Estomaterapia. Baseada em sua experiência pessoal e na revisão de literatura, a autora identifica as evidências para a intervenção social do assistente social e utiliza a análise das dinâmicas familiar social, que correspondem respectivamente à qualidade das relações entre os membros da família, pois estas é que caracterizam as famílias pelo que constroem e nutrem cotidianamente (famílias tradicionais, chefiada por mulher, homoafetivas); e cabe ao assistente social avaliar a compreensão do paciente e família sobre as consequências da cirurgia, que terão impacto em sua vida social após a alta hospitalar, além da avaliação socioeconômica da família e o enfrentamento do processo de adoecimento de um de seus membros por uma doença oncológica e com o processo de tratamento cirúrgico e suas consequências. (SULLEY, 1990).

A cirurgia traz consequências emocionais, psicológicas, sociais e sexuais que se interrelacionam e que precisam ser consideradas pelo Serviço Social. A perda do papel social costuma ser significativa nos estomizados intestinais e pode levar a isolamento social e sexual, rompimento dos laços familiares e conjugais, depressão e suicídio (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; SONOBE, BUETTO, ZAGO, 2011; CEILLEACHAIR et al., 2012; LENZA et. al, 2013b; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013; MARTINS, 2014).

O entendimento da situação vivida pelos estomizados intestinais em tratamento cirúrgico por CCR pelo assistente social é fundamental para que este possa problematizar suas concepções sobre a doença oncológica, estágio terminal e finitude para intervir junto aos pacientes e familiares, de forma efetiva e para contribuir na assistência multiprofissional. Do ponto de vista do paciente estomizado, a estomia é a primeira evidência concreta de sua nova condição, que pode estar vinculada ao estigma social do câncer, da alteração da imagem corporal e ter uma deficiência física (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; LENZA, 2011; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013; MARTINS, 2014). A perda de uma porção ou de todo o cólon impacta na imagem corporal e na sexualidade do paciente e de quem é seu parceiro ou parceira na vida sexual, seja ela hétero, bi ou homossexual. A perda de continência fecal se torna concreta com a estomia e o paciente passa a entrar em choque com a cultura de que a eliminação intestinal deve ser algo privativo e silencioso. Culturalmente, o paciente oncológico, seus familiares, amigos e as outras pessoas do convívio social não

estão preparadas para enfrentamento de uma situação que envolve adoecimento oncológico e as consequências dos tratamentos (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; LENZA, 2011; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013; MARTINS, 2014).

Neste contexto o Serviço Social tem como demandas identificar as necessidades dos pacientes e seus familiares para favorecer a sua reinserção na comunidade após o tratamento cirúrgico. A autora aborda também a possibilidade de formação de grupos de pacientes e seus familiares, coordenada por assistente social e enfermeiro estomaterapeuta (SULLEY, 1990; SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002).

Em relação à assistência perioperatória, cabe ao Serviço Social no pré-operatório investigar como o paciente e seus familiares compreendem o diagnóstico, o tratamento e suas consequências e a rotina institucional. No pós-operatório o profissional deve fazer o encaminhamento do paciente ao Programa de Ostomizados e elencar os recursos sociais da comunidade que podem ser de auxílio na transição hospital-domicílio. É importante compreender que o paciente e os seus familiares muitas vezes se sentem mais seguros no período de internação e que se sentem desamparados com o retorno ao domicílio. A questão da alta hospitalar deve ser um processo que tenha a participação de todos os profissionais que atendem durante o período de internação e assim temos o Serviço Social, a Enfermagem, a Nutrição, a Psicologia, além da Medicina, que deverão realizar a alta hospitalar, na sua especificidade para esta clientela (SULLEY, 1990; SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002).

Portanto, a alta hospitalar do paciente em tratamento cirúrgico por CCR, requer uma formalização com fornecimento de documentação que inclui relatório médico com detalhamento da cirurgia e das consequências e a continuidade do tratamento; relatório de enfermagem sobre os cuidados com a ferida operatória e outros cuidados específicos no domicílio; do relatório do serviço social sobre os direitos previdenciários e para seguimento em outros níveis de atendimento à saúde; além das recomendações de adequação da dieta após o tratamento cirúrgico pela Nutrição e caso tenham pacientes com outras necessidades específicas da Fisioterapia, Psicologia são também acrescentadas os encaminhamentos. Caso o paciente tenha estomia intestinal é fornecida a documentação específica para possibilitar o cadastramento deste no Programa de Ostomizados, que é mantido pelo SUS (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; LENZA et al. 2013b; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

Emocionalmente, o paciente com CCR sente-se constrangido após retornar ao domicílio e retomar suas atividades cotidianas por causa dos efeitos colaterais do tratamento e pelo fato da população em geral não compreender isso. Familiares e amigos do paciente sentem-se emocionalmente sobrecarregados, o que pode provocar perda financeira e vice-versa, sendo atenuado quando há vínculo empregatício e acesso aos benefícios sociais (CEILLEACHAIR et al., 2012).

Portanto, o suporte profissional para esta clientela no período da alta hospitalar pode diminuir a ansiedade, prevenir complicações pós-operatórias, favorecer a retomada das atividades cotidianas dentro das possibilidades individuais e a manutenção do seguimento de controle oncológico, além do preparo do paciente e familiar para o retorno ao domicílio em relação aos cuidados específicos e outras providências necessárias (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; LENZA et al. 2013b; FIGUEIREDO, 2013; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

Ainda sobre o impacto financeiro, um estudo norte-americano verificou que o uso de capecitabina oral, antieméticos e analgésicos para o paciente com CCR em tratamento adjuvante implica em despesas financeiras extras, que nem sempre os pacientes tem condições de pagar. Tal fato pode levar à interrupção da terapêutica adjuvante com redução de sua eficácia, além de diminuir a tolerância do paciente aos efeitos adversos. Este contexto ocorre principalmente nos pacientes mais jovens, que ainda não puderam construir uma reserva financeira e entre os idosos, com vínculos empregatícios com menor estabilidade e para aqueles em situação de desemprego (SHANKARAN et al., 2012; BUETTO, 2014).

Paciente e familiares precisam ser informados sobre a importância do seguimento de controle oncológico e, caso necessário do tratamento adjuvante, o que implica no estabelecimento de uma rede integrada de cuidado, com envolvimento dos enfermeiros e profissionais da Atenção Básica e daqueles que atuam nos Programas de Ostomizados no atendimento das necessidades do paciente com CCR após a alta hospitalar (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; TAYLOR, 2008a; HALL et al., 2012; LENZA et al.; 2013b).

O CCR é uma doença crônica e 50% dos pacientes submetidos a tratamento cirúrgico apresentarão recidiva locorregional, ou seja, mesmo após a ressecção cirúrgica existe a possibilidade da recidiva e metástase (CASTRO et al., 2012).

Os pacientes com maior risco de recidiva são aqueles em estadiamento II e III. O estadiamento refere-se a uma classificação do comprometimento clínico da patologia. O sistema de classificação mais utilizado é o sistema TNM, estabelecido pela União Internacional contra o Câncer (UICC), que consideram o tumor primário (T), os linfonodos regionais (N) e metástase à distância (M). Metástase à distância significa invasão do tumor colorretal para órgãos ou estruturas além do cólon e reto (CASTRO et al., 2012).

Importante considerar que o CCR se desenvolve no epitélio intestinal, ou seja, na camada intestinal em contato com os resíduos fecais. Conforme o tumor vai se expandindo, ele pode se disseminar por continuidade, contiguidade por via linfática ou sanguínea. O crescimento tumoral em todas as direções é responsável por sua disseminação por contiguidade. Estima-se que a cada seis meses de desenvolvimento tumoral um quadrante abdominal seja envolvido pelo tumor. Quando o tumor envolve a serosa, a camada mais externa do intestino está em contato com outros órgãos e estruturas e ocorrer a disseminação por continuidade com o intestino delgado, estômago, outros segmentos do cólon, órgãos pélvicos e até mesmo com a parede abdominal (ROCHA, 2011).

As metástases à distância podem ocorrer via disseminação linfática ou sanguínea.

A disseminação linfática ocorre a princípio nos gânglios linfáticos epicólicos, que estão sobre o cólon, que pode se invadir para os gânglios paracólicos da arcada marginal, depois para os gânglios intermediários no trajeto dos vasos cólicos principais e finalmente os gânglios principais, que estão nos trajetos dos vasos mesentéricos, inferior e superior (CASTRO et al., 2012).

A disseminação sanguínea, por sua vez, é responsável pelas metástases à distância para o fígado e pulmões, principalmente (CASTRO et al., 2012).

O estadiamento II é subdividido em três grupos, IIA, IIB e IIC, em ordem crescente de comprometimento.

No estadiamento IIA, o paciente apresenta classificação T3N0M0, o que indica clinicamente que o tumor alcançou a subserosa ou os tecidos pericólicos (próximos do

cólon) ou perirretais (próximos do reto) não peritonizados (T3), ausência de metástase em linfonodos regionais (N0) ou à distância (M0) (CASTRO et al., 2012).

No estadiamento IIB, o paciente apresenta a classificação T4aN0M0, sendo que o tumor penetra na superfície do peritônio visceral (T4a), contudo ausência de metástase em linfonodos regionais (N0) ou à distância (M0) (CASTRO et al., 2012).

No estadiamento IIC, o paciente apresenta classificação T4bN0M0, e neste caso, o tumor invadiu diretamente ou está aderido a outros órgãos e estruturas, adjacentes ao cólon e reto (T4b), ausência de metástase em linfonodos regionais (N0) ou à distância (M0) (CASTRO et al., 2012).

O estadiamento III é subdividido em três grupos, IIIA, IIIB e IIIC, em ordem crescente de comprometimento.

No estadiamento IIIA, o paciente pode estar dentro de duas subclassificações (CASTRO et al., 2012):

- T1-2N1/ N1cM0: invasão tumoral da submucosa (T1) ou da muscular própria (T2); sendo que a metástase nos linfonodos pode ocorrer por meio de um a três linfonodos regionais (N1) ou por depósito tumoral na subserosa, mesentério, nos tecidos não peritonizados pericólicos, perirretal ou regional, ausência de metástase nodal (N1c) ou de metástase à distância (M0);

- T1N2aM0: invasão tumoral da submucosa (T1), com metástase de quatro a seis linfonodos regionais (N2a) e ausência de metástase à distância (M0).

No estadiamento IIIB, o paciente pode estar dentro de três subclassificações (CASTRO et al., 2012):

- T1-2N2bM0: invasão tumoral da submucosa (T1) ou da muscular própria (T2), com de sete ou mais linfonodos regionais (N2b) e ausência de metástase à distância (M0);

- T2-3N2aM0: invasão tumoral da muscular própria (T2) ou da subserosa ou dos tecidos pericólicos ou perirretais não peritonizados (T3), com metástase em quatro a seis linfonodos regionais (N2a), contudo ausência de metástase à distância (M0);

➤ T3-4aN1N1cM0: invasão tumoral da subserosa ou dos tecidos pericólicos ou perirretais não peritonizados (T3) ou da superfície do peritônio visceral (T4a), com presença de metástase em até três linfonodos regionais (N1) ou com depósito tumoral na subserosa, no mesentério, em tecidos pericólicos, perirretais ou regional, contudo ausência de metástase nodal (N1c) ou à distância (M0).

No estadiamento IIIC, o paciente pode estar dentro de três subclassificações (CASTRO et al., 2012):

➤ T3-4aN2bM0: invasão tumoral da subserosa ou de tecidos pericólicos ou perirretais não peritonizados (T3) ou da superfície do peritônio visceral (T4a), com metástase em sete ou mais linfonodos regionais (N2b) e ausência de metástase à distância (M0);

➤ T4aN2aM0: invasão tumoral do peritônio visceral (T4a), com presença de metástase entre quatro a seis linfonodos regionais (N2a) e ausência de metástase à distância (M0);

➤ T4bN1-2M0: invasão tumoral direta ou por aderência a outros órgãos ou estruturas além do cólon ou reto (T4b), com metástase em até três linfonodos (N1) ou em quatro ou mais linfonodos regionais (N2), contudo ausência de metástase à distância.

Considerando todas estas possibilidades de evolução do CCR, ressaltamos a importância do seguimento oncológico do paciente por até cinco (5) anos, pois em até 85% dos casos a recidiva ocorre neste período. A recidiva pode ser local, isto é, com crescimento tumoral no cólon ou reto, ou pode ser regional, ou seja, com tumor no fígado e pulmões.

Importantíssimo frisar que a equipe multidisciplinar deve esclarecer o paciente com CCR e seus familiares que o tratamento não está concluída com a cirurgia, pois muitos acreditam que o tumor foi retirado pelas mãos do cirurgião e que foi resolvido em definitivo e portanto os profissionais necessitam da maior atenção para desmistificar o entendimento cultural errôneo e esclarecer sobre a necessidade da continuidade do seguimento e tratamento adjuvante (MOTTA, 2013).

Desta forma, o seguimento envolve novas consultas médicas, que pode ser subdividido em dois períodos principais, até os dois anos após a cirurgia e do terceiro ao quinto ano.

Até dois anos após a cirurgia serão quatro consultas por ano, no terceiro, sexto, nono e no décimo segundo mês, com exame físico e dosagem do CEA. As radiografias de tórax em busca de metástases pulmonares serão feitas no sexto e no décimo segundo mês. Ultrassonografia ou tomografia computadorizada de abdome em busca de metástases hepáticas são realizadas também no sexto e no décimo segundo mês. E uma vez ao ano, o paciente repetirá a colonoscopia para investigação colônica (CASTRO et al., 2012).

Do terceiro ao quinto ano haverá uma consulta anual com exame físico, dosagem do CEA, radiografia de tórax e ultrassonografia ou tomografia computadorizada do abdome no sexto mês e uma colonoscopia anual (CASTRO et al., 2012).

A readmissão do paciente implica em maior morbimortalidade e constitui indicador da qualidade da cirurgia oncológica colorretal e da assistência prestada, sendo que os pacientes com maiores chances disto são aqueles do sexo masculino, com comorbidades, cirurgia de emergência, internação prolongada, transfusão de sangue, confecção de estomia intestinal e alta hospitalar para outra instituição de saúde (GREENBLATT et al., 2010).

Mediante à discussão desta categoria temática **Conhecimentos e habilidades para a sistematização da assistência perioperatória com vistas à alta hospitalar**, ressaltamos que a assistência deverá ser transdisciplinar e especializada, e para tanto, os profissionais deverão ter conhecimentos sobre fisiopatologia, tratamentos e suas consequências, prognósticos e experiência clínica para oferecer o suporte profissional adequado às demandas de necessidades de pacientes com CCR e família, com uma abordagem desde o pré-operatório até o pós-operatório, preparando-os para o contexto domiciliário. Em relação à sistematização da assistência de enfermagem perioperatória, o enfermeiro deverá articular sua prática clínica com educação permanente da equipe de Enfermagem, buscar novos conhecimentos baseados em evidências científicas, que efetivamente possam subsidiar a implementação de intervenções assistenciais e educativas de enfermagem, pautadas nas demandas de necessidades desta clientela, frente aos recursos individuais, familiares e institucionais.

5.2 CATEGORIA TEMÁTICA: ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTA HOSPITALAR

Os estudos de Taylor (2008a); Taylor (2008b); Greenblatt et al. (2010); Jonsson, Stenberg; Frisman (2011) ; e Young et al. (2013) abordaram aspectos, que foram categorizados em Estratégias para implementação da alta hospitalar.

Figura 4. Estratégias para implementação do planejamento da assistência perioperatória do paciente com CCR com vistas à alta hospitalar. Ribeirão Preto, 2015.

As estratégias para implementação consistem na elaboração de material educativo, na avaliação clínica do paciente considerando o estresse fisiológico, psicossocial, no favorecimento da eliminação intestinal do paciente com e sem estomia intestinal no pós-operatório e no ensino dos cuidados do pós-operatório no domicílio (TAYLOR, 2008a; TAYLOR, 2008b; GREENBLATT et al., 2010; JONSSON; STENBERG; FRISMAN, 2011; YOUNG et al., 2013).

As estratégias podem ser desenvolvidas durante o perioperatório, através de intervenções específicas do enfermeiro, como a demarcação do estoma intestinal e planejamento da assistência de enfermagem perioperatória e também com a participação de toda a equipe de profissionais na discussão dos casos.

As categorias profissionais trabalham com graus variados de cooperação e coordenação para contribuir para o benefício do paciente, preservando a integridade de seus métodos e conceitos. Para representar as formas de coordenação e cooperação entre as profissões foram criados os seguintes conceitos, em ordem crescente: multidisciplinaridade; pluridisciplinaridade; interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Quando o trabalho em equipe ocorre com trocas e cooperação mínimas entre as profissões ocorre a multidisciplinaridade. Num estágio mais avançado, a pluridisciplinaridade, as profissões cooperam entre si, porém cada profissional decide isoladamente. Quando as estratégias de ação são comuns e há uma troca recíproca de conhecimentos entre as profissões ocorre a interdisciplinaridade e por fim, quando a coordenação é realizada por todas as profissões e suas subespecialidades para propor um novo campo teórico e de ação, ocorre a transdisciplinaridade (VASCONCELOS, 1997).

Desta forma, a equipe médica (cirurgiões colorretais, oncologista e radiologista), a equipe de enfermagem (enfermeiro estomaterapeuta, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem), assistente social, psicólogo e nutricionista possuem demandas, que requerem a sua intervenção de forma multidisciplinar, pluridisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar, considerando o contexto local de relações entre os profissionais.

A discussão dos casos dos pacientes, prática comum em hospitais universitários pela equipe médica, precisa ser expandida para outros serviços e incluir os outros membros da equipe de saúde, que atende o paciente com CCR e a família. Todos os profissionais precisam estar esclarecidos sobre a condição clínica dos pacientes (YOUNG et al., 2013).

No hospital universitário de nível terciário, onde atuamos, ocorre nas sextas-feiras de manhã a visita da equipe médica na enfermaria cirúrgica, com participação da nutricionista e psicóloga do serviço e de enfermeiros de um projeto de extensão de uma universidade pública ligada ao hospital universitário. Nesta visita, os médicos residentes apresentam a síntese dos casos dos pacientes e posteriormente em sala reservada, são discutidos em profundidade para o planejamento cirúrgico. Em geral, há falta de participação da equipe de enfermagem do serviço nas discussões que ocorrem na visita, o que impactar negativamente no planejamento da assistência para esta clientela, pois esta apresenta demandas de cuidados especializados, segundo as evidências científicas (MOTTA, 2013; TAYLOR, 2012).

Há necessidade de estadiamento radiológico pré-operatório do tumor para melhor avaliação da conduta da equipe cirúrgica, assim como a demarcação dos pacientes, candidatos às cirurgias com possibilidade de confecção de estomias intestinais, pelo enfermeiro estomaterapeuta ou enfermeiro com capacitação para demarcação (YOUNG et al., 2013).

A demarcação de estoma consiste em uma avaliação clínica realizada no pré-operatório pelo enfermeiro estomaterapeuta ou por um enfermeiro com capacitação especializada para delimitar a melhor região para a confecção da estomia intestinal, prevenir complicações de estoma e periestoma precoces e tardias e favorecer o conforto e o autocuidado para higienização, assim como a adaptação dos equipamentos coletores. Importante considerar que todo paciente estomizado intestinal pode apresentar problemas físicos e psicossociais se não for corretamente demarcado no pré-operatório (MEIRELLES; FERRAZ, 2001; OLIVEIRA, 2014; VIEIRA, 2014).

Um estudo israelense investigou a influência da demarcação pré-operatória em relação à independência e taxas de complicações do estoma de cento e cinco pacientes. Os pacientes que foram demarcados em relação àqueles que não foram demarcados apresentaram menos necessidade do apoio de familiares e amigos para cuidar de sua estomia intestinal; a troca da bolsa coletora é mais rápida e a adaptação com o uso da bolsa coletora é mais fácil. Os pacientes não demarcados apresentaram mais complicações em relação aos demarcados, considerando o extravazamento do efluente intestinal no primeiro mês de pós-operatório (79,2% contra 39,5%) extravazamentos frequentes de efluente intestinal (75,5% contra 35,8%); dificuldade na troca do equipamento coletor no primeiro mês de pós-operatório (67,9% contra 21,2%); dificuldades frequentes para colocação e retirada da bolsa coletora (23,5% contra 4%); irritação da pele periestomal (38,5% contra 9,8%); hérnia paraestomal (24,5% contra 3,8%) e necessidade de consulta com estomaterapeutas por causa de complicações relacionadas ao estoma (66% contra 17,3%). Consequentemente a demarcação pré-operatória tem um impacto positivo na habilidade para o autocuidado e na taxa de complicações relacionadas ao estoma (PERSON et al., 2012).

No contexto brasileiro, um estudo através de análise de prontuários de 70 pacientes, 33 demarcados e 37 não, investigou o impacto da demarcação pré-operatória com as complicações de estoma intestinal e de pele periestoma. Os pacientes

demarcados apresentaram um total de 15 complicações, contra 32 complicações nos pacientes que não foram demarcados. As complicações nos pacientes demarcados foram em ordem decrescente: hérnia periestoma, prolapso, dermatite, mau funcionamento do estoma, sangramento, edema e dor. Nos pacientes não demarcados: dermatite, extravasamento, hérnia periestoma, sangramento, mau funcionamento do estoma, retração, desabamento do estoma, estenose, prolapso, deiscência, fístula, infecção, má adaptação, distúrbio hidroeletrólítico e edema. Conclui-se que as complicações de estoma intestinal e de pele periestoma apresentadas pelos pacientes não demarcados foram numericamente superiores e de maior gravidade, o que reforça a vantagem da demarcação de estoma (OLIVEIRA, 2014).

Em um estudo descritivo prospectivo quantitativo sobre as complicações de estoma e de pele periestoma de estomizados intestinais em 56 estomizados intestinais em seguimento ambulatorial, verificou-se que deste total foram submetidos à demarcação pré-operatória 43 (76,8%) e 21 (37,5%) pacientes não. Do total de 43 (100%) demarcados, 14 (32,6%) apresentaram complicações, enquanto que nos 13 (100%) não demarcados, 7 (53,8%) tiveram complicações. Concluiu-se que no seguimento ambulatorial desta clientela, há necessidade de avaliação periódica e sistematizada desta clientela e principalmente a identificação dos fatores de risco para prevenção destas complicações (VIEIRA, 2014).

Para o enfermeiro realizar a demarcação de estoma é necessário que este faça avaliação clínica considerando a idade do paciente, diagnóstico médico ou hipótese diagnóstica, cirurgia proposta e indicação da confecção de estomia intestinal. Durante a demarcação, o enfermeiro poderá realizar o ensino pré-operatório abordando as necessidades e dúvidas do paciente sobre cirurgia e suas consequências, e se for de interesse deste, dar explicações sobre o seguimento especializado no Programa de Ostomizados (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; MOTTA, 2013; OLIVIERA, 2014).

Ressaltamos que o CCR em decorrência do crescimento tumoral pode requerer uma adaptação do local idealmente a ser demarcado, sendo assim recomenda-se a demarcação bilateral do abdome. Além da influência da doença de base no processo de demarcação, algumas comorbidades também precisam ser consideradas. O paciente pode ser obeso e nesse caso o local demarcado deve ser acima da linha umbilical, o que

favorecerá a visualização do estoma pelo paciente e facilitará o autocuidado. Nos pacientes com lesões neurológicas a demarcação deve ser feita com o paciente em posição anatômica e na qual ele passa a maior parte do tempo. (CATALDO, 2008; OLIVEIRA, 2014).

Existem algumas áreas críticas no abdome que precisam ser consideradas na demarcação, pois o estoma deve estar distante cerca 5 cm delas. Devemos evitar as proeminências ósseas (cristas ilíacas direita e esquerda), arco costal ou rebordo costal, umbigo, áreas de pele com incisões cirúrgica e cicatriz, dobras abdominais e a linha da cintura (MEIRELLES; FERRAZ, 2001; OLIVEIRA, 2014).

Além de explicar o procedimento e a sua importância ao paciente, considerar as atividades de trabalho, lazer e prática de esportes do paciente e a presença de órteses e próteses, que exijam apoio abdominal. Pela indicação cirúrgica é possível avaliar o segmento intestinal a ser exteriorizado e o tipo de estoma a ser confeccionado, para que o enfermeiro possa escolher o quadrante abdominal mais adequado para prevenir complicações futuras como prolapso e hérnias. Além disso, pela inspeção da bainha do músculo reto abdominal é possível identificar o local mais adequado para o estoma (MEIRELLES; FERRAZ, 2001; OLIVEIRA, 2014).

Começando a demarcação pelo lado direito, medir com a régua a distância do rebordo costal até a crista ilíaca; da crista ilíaca a região umbilical e da região umbilical a crista ilíaca. A mensuração destas três distâncias formará um triângulo, cuja mediana será o local provável do estoma, que deve ser marcado com caneta esferográfica. Repetir no abdome à esquerda.

O local demarcado deve estar visível ao paciente, pois isto assegura que o mesmo conseguirá realizar o autocuidado. Avaliar com maior atenção com mulheres que apresentam mamas grandes e pendulares em decorrência da obesidade (MEIRELLES; FERRAZ, 2001; OLIVEIRA, 2014; VIEIRA, 2014).

Após encontrar uma área ideal com o paciente deitado, o enfermeiro pode marcá-la com uma caneta à prova d'água. Depois o profissional deve pedir que o paciente as outras posições, pois é fundamental que a marca efetuada no abdômen do paciente seja revista com ele sentado e em pé, de forma que seja possível avaliar

realmente a modificação do contorno abdominal e posição do estoma conforme o paciente se movimentar (MEIRELLES; FERRAZ, 2001; OLIVEIRA, 2014).

Conforme o paciente fica na posição sentada e em pé, o enfermeiro avalia a localização do estoma e faz os necessários ajustes, em relação à lateral externa (mais distante do umbigo), à lateral interna (mais próxima do umbigo), para a direção superior ou para a direção inferior (OLIVEIRA, 2014).

No final do ato cirúrgico e no pós-operatório imediato o paciente estomizado intestinal deverá utilizar uma bolsa coletora transparente, para que a equipe de saúde possa avaliar com maior facilidade a região paraestomal e o próprio estoma (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002).

Assim que o paciente retorna à enfermaria de internação cirúrgica, precisa ser esclarecido sobre a progressão da dieta no pós-operatório. Caso o paciente evolua com quadro de diminuição da motilidade intestinal, ou em casos mais graves pode apresentar íleo paralítico, o que contraindica a alimentação por via oral até o retorno do peristaltismo intestinal para prevenir distensão, náusea e vômito, permanecendo reposição de carboidratos, proteínas, lipídios, eletrólitos e água, nos pacientes com ileostomia, pelo alto débito desses componentes. A redução da motilidade intestinal no pós-operatório tem o primeiro dia de pós-operatório ocorre no íleo e do terceiro ao quinto dia de pós-operatório no cólon. O reinício da ingestão via oral deve ser gradual com água, sopa líquida, alimentação pastosa e por fim uma alimentação sólida. Tal progressão depende da condição clínica do paciente (JONSSON; STENBERG; FRISMAN, 2011; RAFFERTY, 2014).

Dentre as atividades a serem implementadas, há a avaliação de aspectos fisiológicos e psicossociais do paciente. Em relação às necessidades fisiológicas, a dor pós-operatória precisa ser mensurada utilizando uma escala de avaliação da dor e o funcionamento intestinal no pós-operatório precisa ser documentado e avaliado. Estes e os demais sintomas precisam ser documentados no prontuário do paciente em relação a sua localização, intensidade, frequência, duração, fatores agravantes e atenuantes, tratamento e resposta à terapêutica, com o objetivo de manejar as complicações cirúrgicas e a ISC, principal causa de readmissão. A forma pela qual a rede de suporte social do paciente está organizada precisa ser considerada pela equipe (TAYLOR, 2008a; TAYLOR, 2008b; FIGUEIREDO, 2013; MOTTA, 2013).

Orientar o paciente e elaborar informações escritas para ele, sem se esquecer do seguimento oncológico. Oferecimento de material informativo sobre as consequências das cirurgias que podem se prolongar por até 6 meses: manejo da dor abdominal, infecção (ferida operatória, trato urinário ou respiratório), fadiga e perda de apetite, mudança nos hábitos intestinais, síndrome da ressecção anterior (frequência, urgência, fragmentação das fezes e incontinência naqueles submetidos a ressecção retal sem formação de estoma intestinal) e disfunção sexual e urinária; cuidados com a ferida operatória (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002; TAYLOR, 2008b; MOTTA, 2013).

Considerar que a alta do paciente estomizado não pode ocorrer até que ele seja orientado sobre a necessidade de vincula-se às atividades educativas no Programa de Ostomizados. O encaminhamento deve ocorrer para um programa de ostomizados mais próximo de sua residência, com informe sobre o endereço, telefone de contato, dias e horários de funcionamento (SONOBE, BARICHELLO, ZAGO, 2002; TAYLOR, 2008b; MOTTA, 2013).

O Programa de Ostomizados é uma política pública destinada a oferecer assistência especializada a pacientes estomizados. Entretanto, no contexto brasileiro, identificamos dificuldades dos estomizados intestinais para ter acessibilidade a este programa, que deve ser realizado pela equipe multidisciplinar formada pelo médico, enfermeiro e assistente social do serviço de saúde onde o paciente realiza o tratamento oncológico. Quando o paciente consegue ser cadastrado, a preocupação inicial com a sua condição de estomizado vai dando lugar à busca pelo direito da aquisição das bolsas coletoras, haja vista os desafios ainda presentes na implementação deste serviço público (LENZA, 2011; LENZA et al., 2013b).

As recomendações e o ensino ao paciente e aos familiares para a alta hospitalar devem ser por escrito, legíveis e compreensíveis, e abordar claramente o diagnóstico e prognóstico, além de detalhar o seguimento oncológico. O seguimento não deve se restringir apenas à consulta médica, mas também constituir espaço de intervenção da equipe pluridisciplinar. As intervenções relacionadas ao seguimento oncológico compreendem a monitorização do antígeno carcinoembrionário (CEA) e pelo menos uma Tomografia computadorizada após 2 anos da ressecção. Aquelas relacionadas ao tratamento adjuvante consistem em quimioterapia antineoplásica para pacientes com

invasão tumoral nos linfonodos e radioterapia para pacientes cujo tumor possui estadiamento T3/4 ou N1. Devido à complexidade das cirurgias oncológicas retais, recomenda-se que o cirurgião colorretal tenha experiência de ao menos 10 casos de câncer retal por ano (YOUNG et al., 2013).

Por outro lado, é importante esclarecer sobre a indicação da confecção de estomia intestinal temporária ou permanente, ensinar o manejo da bolsa coletora e o manejo da evacuação daquele sem estomia intestinal para promover maior sensação de continência. Estar junto ao paciente e familiares de forma a permitir que eles expressem suas dúvidas para promover um retorno mais tranquilo ao domicílio (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; JONSSON; STENBERG; FRISMAN, 2011; MOTTA, 2013).

No pós-operatório, o estoma está edemaciado e deve ter uma coloração variando do rosa escuro ao vermelho. Até 8 semanas após a cirurgia o edema irá diminuindo, então o recorte da base da bolsa coletora precisa considerar esta diminuição de tamanho para a prevenção de lesões. As ileostomias são confeccionadas quando todo o cólon foi ressecado cirurgicamente. Importante considerar que o efluente da ileostomia é líquido, em grande volume e possui pH básico devido à presença de suco gástrico, suco biliar e enzimas liberadas pelo jejuno e duodeno. A constituição química básica do efluente, associado ao grande volume drenado pode lesar gravemente a pele ao redor do estoma. Nas colostomias ascendentes e transversas, menos comuns, as fezes estão semilíquidas. Na colostomia descendente estão semiformadas e nas colostomias sigmóides, as mais comuns, estão formadas e possuem pH neutro (DEITZ; GATES, 2010; MOTTA, 2013).

Antes da alta, garantir condições para a prevenção efetiva da ISC que requer o ensino de cuidados com a ferida operatória e a estomia intestinal, além de cuidados para a melhoria do estado geral do paciente para que possa ser realizado no contexto domiciliário (GREENBLATT et al., 2010; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013).

Para realizar a sistematização da assistência de enfermagem para a alta hospitalar de pacientes cirúrgicos por CCR, será necessária a implementação de intervenções especializadas, por meio do Processo de Enfermagem (PE), é importante enfatizarmos alguns aspectos.

A terminologia “sistematizar a assistência de enfermagem” significa organizar o ambiente de trabalho, organizar os serviços de enfermagem e o seu processo de trabalho. Esta organização envolve o método ou filosofia de trabalho, a reorganização

do pessoal através do dimensionamento de pessoal e distribuição de tarefas e a adoção de instrumentos como protocolos e rotinas de serviço. Somente após esta sistematização dos serviços o Processo de Enfermagem poderá ser aplicado (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

O processo de sistematização da Enfermagem começou com a inglesa Florence Nightingale, considerada a fundadora da enfermagem moderna. Ela fundou a primeira escola de enfermagem secular na Inglaterra em 1860 e como tal, considerava a enfermagem uma profissão distinta da medicina e que assim precisava de um corpo teórico próprio. Embora não tenha elaborado uma Teoria de enfermagem, estabeleceu como princípio que o conhecimento de enfermagem deveria estar centrado no paciente, ao contrário do conhecimento médico, que está centrado na doença. Ela ainda inovou na forma de trabalho da Enfermagem ao preconizar que os pacientes deveriam ser separados por critérios de gravidade, para serem melhor atendidos, ou seja, esta defendia a individualização do cuidado, com vinculação ao cuidado específico da Enfermagem (CRUZ, 2008).

Pontuamos aspectos da evolução histórica na busca da sistematização da assistência de Enfermagem, sendo que em 1959, a enfermeira norte-americana Faye Glenn Abdellah formulou os 21 problemas de enfermagem. Estes problemas eram considerados necessidades físicas, sociológicas e emocionais dos pacientes, que seriam objeto dos cuidados de enfermagem. É considerada a primeira classificação dos problemas pelos quais os enfermeiros são responsáveis. Ela também buscava deslocar as ações de enfermagem com foco na doença para um foco no paciente.

Em 1966 a enfermeira norte-americana Virginia Henderson, considerada a mais importante enfermeira do século 20, propôs 14 necessidades humanas básicas como áreas de cuidado de enfermagem.

Em 1967, Helen Yura e Mary B. Walsh descrevem o Processo de Enfermagem, formado por 4 fases: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação e que definiam a necessidade de determinadas habilidades intelectuais, interpessoais e técnicas para serem implementadas para o seu desenvolvimento (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Apesar das iniciativas anteriormente citadas para sistematizar a enfermagem, somente em 1973, nos Estados Unidos, foi criada a primeira conferência pela North American Nurses Association (NANDA) para classificação dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, foi estabelecida uma listagem de problemas de domínio da profissão enfermagem. Atualmente, em 2015, temos estabelecidos 216 diagnósticos de enfermagem (BULECHEK, 2009).

Em 1979 a enfermeira brasileira Vanda de Aguiar Horta, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, elaborou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas no Cuidado, que considerava que os seres humanos tinham necessidades que precisavam ser atendidas ou cuidadas com determinada prioridade. O nível mais básico de prioridade consiste nas necessidades fisiológicas; seguida pela necessidade de segurança e proteção; amor e gregarismo; autoestima; e autorrealização. Ela introduziu a discussão sobre o Processo de Enfermagem no Brasil e esta Teoria, tem sido a mais utilizada no nosso país (CRUZ, 2008).

Em 1987, através da Nursing Interventions Classification (NIC) são estabelecidas as intervenções de enfermagem, isto é, as intervenções feitas pelos enfermeiros ao cuidar dos pacientes. Contamos atualmente, em 2015, com 433 intervenções de enfermagem. E em 1991, através da Nursing Outcomes Classification (NOC) são estabelecidos os resultados de enfermagem, que consistem em critérios segundo o qual avaliamos o sucesso das intervenções de enfermagem. Atualmente, em 2015, estão estabelecidos 330 resultados de enfermagem (BULECHEK, 2009).

Conforme a Resolução 358 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem são uma obrigatoriedade de qualquer serviço de saúde, público ou privado, que prestar cuidado de enfermagem. O Processo de Enfermagem é um processo metodológico que orienta o cuidado de enfermagem e consiste de 5 etapas: Coleta de dados; Diagnóstico; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Considerando então as evidências científicas analisadas sintetizamos aspectos que podem subsidiar a sistematização da assistência perioperatória paciente com CCR com vistas à alta hospitalar:

➤ Assistência de Enfermagem no Pré-operatório:

- O enfermeiro precisa compreender a fisiopatologia e os tratamentos para pacientes com o CCR e que as doenças inflamatórias intestinais representam risco para o desenvolvimento de CCR;
- O enfermeiro deve integrar as visitas médicas que ocorrem nas enfermarias cirúrgicas onde trabalham de forma a obterem mais informações, assim como aprofundar o conhecimento com discussão de estudos de caso;
- O enfermeiro precisa conhecer o estadiamento pré-operatório do tumor de forma que ele possa prever se a abordagem cirúrgica será por laparotomia ou laparoscopia, o que determinará o tempo de internação no pós-operatório e por consequência o tempo de assistência e de atividades educativas junto ao paciente e seus familiares;
- O enfermeiro precisa providenciar a coleta do sangue do paciente para teste ainda no pré-operatório, de modo que a transfusão possa estar disponível no intra ou pós-operatório para corrigir alguma deficiência no sangue circulante;
- O enfermeiro precisa identificar os pacientes com indicação de confecção de estomias intestinais através da avaliação clínica, de forma que possam ser demarcados, o que assegura menor incidência de complicações periestomas e favorecer o uso dos equipamentos coletores;
- O enfermeiro pode avaliar como o paciente e seus familiares reagem à cirurgia: se enfrentam o estresse com focalização na resolução de problemas, quando estes se apresentam mais comunicativos e buscam informações sobre o seu estado de saúde.

➤ Assistência de Enfermagem no Trans-operatório:

- O enfermeiro no período transoperatório deve promover condições que inibam o desenvolvimento da ISC: antibioticoterapia profilática; prevenção da hipotermia no intra-operatório que favorece a ação bactericida dos neutrófilos nas primeiras horas de pós-operatório; avaliação clínica do paciente; controle da glicemia; e o manejo da anemia secundária à neoplasia com indicação criteriosa de transfusão de hemoderivados;

- O enfermeiro precisa conhecer os fatores de risco ligados ao paciente que predispõem a ISC em cirurgia colorretal: obesidade, diabetes, desnutrição, uso de corticosteroides, tabagismo, anemia, uso de radioterapia no reto, CCR em estadiamento avançado; paciente com câncer retal está mais suscetível a desenvolvimento de ISC incisional superficial, ISC incisional profunda e ISC de órgão/cavidade, por causa da maior contaminação bacteriana do reto em relação ao cólon, maior necessidade de confecção de estomias intestinais nas cirurgias retais e possibilidade de terapia neoadjuvante em pacientes com câncer retal e pacientes com cirurgia no cólon esquerdo com idade superior a 70 anos e os pacientes com cirurgia retal em uso de terapia neoadjuvante;
- Cirurgias no cólon esquerdo e no reto propiciam o desenvolvimento de ISC em geral e ISC de órgão/cavidade para pacientes com uso pré-operatório de corticosteroides, pré-operatório com duração maior que dois dias e presença de múltiplas comorbidades como diabetes, doença cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, doença hepática crônica, doença renal crônica e acidente cerebrovascular;
- O enfermeiro precisa conhecer também os fatores cirúrgicos que podem promover o desenvolvimento de ISC, como confecção de uma estomia intestinal, duração da cirurgia maior que 3 horas, pós-operatório com cuidados intensivos, ASA 3, 4 ou 5 e ferida operatória contaminada;

➤ Assistência de Enfermagem no Pós-operatório:

- Durante o pós-operatório o enfermeiro pode avaliar como o paciente e seus familiares reagem à cirurgia: se enfrentam o estresse com focalização na resolução de problemas, eles estão mais comunicativos e buscam informações sobre o seu estado de saúde;
- Importante considerar que o cloridrato de tramadol é um analgésico de ação central comumente utilizado no pós-operatório e que dentre os seus efeitos colaterais relacionados ao sistema gastrointestinal são a náusea, vômito, constipação e flatulência. Para a atenuação destes efeitos a medicação pode ser diluída, conforme a avaliação clínica do enfermeiro a respeito da condição do paciente;

- Ressaltamos que o estímulo ao consumo de carnes brancas, frango e peixe, deve ser considerado pelo enfermeiro em conjunto com a nutricionista no período pós-operatório após o retorno do peristaltismo intestinal. O consumo destes alimentos pode ser continuado no retorno ao domicílio;
- Independente da cirurgia, ser caráter paliativo ou curativo, o enfermeiro deve informar os pacientes e familiares sobre a cronicidade do CCR, que necessita de seguimento de controle oncológico após a cirurgia, sendo que para àqueles com indicação cirúrgica curativa por cinco anos e para aqueles em situação paliativa por tempo indeterminado.

Com esta Categoria temática Estratégias para implementação da alta hospitalar foi possível estabelecer uma síntese de aspectos, que podem subsidiar o enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem perioperatória ao paciente com CCR com a utilização do Processo de Enfermagem, com focalização de conhecimentos sobre a fisiopatologia oncológica, tratamentos e suas consequências e aspectos clínicos, que definem a demanda de necessidades de cuidados especializados desta clientela.

5.3 CATEGORIA TEMÁTICA: NECESSIDADES DE PACIENTES COM CCR E SEUS FAMILIARES

Nesta categoria os estudos de Harrison et al. (2011); Jonsson, Stenberg, Frisman (2011); Hall, Gray, Browne (2012) exploraram as demandas de necessidades dos pacientes cirúrgicos por CCR e de seus familiares.

Figura 5. Recomendações em relação à demanda de necessidades de cuidados perioperatórios de pacientes com CCR e de seus familiares. Ribeirão Preto, 2015.

As necessidades de pacientes e familiares constituem aspecto importante que precisa ser considerado pelos profissionais. O paciente sente necessidade de reassumir o controle de seu próprio corpo após a cirurgia mutilatória. Além dessa necessidade fisiológica, os seus aspectos psicossociais não podem ser desconsiderados. Paciente e familiares também devem ser esclarecidos sobre o seguimento oncológico e tratamento

adjuvante. Essas informações podem ser também disponibilizadas através de material informativo de fácil compreensão e legível (HARRISON et al., 2011; JONSSON; STENBERG; FRISMAN, 2011; HALL; GRAY; BROWNE, 2012).

Em experiência brasileira, os pacientes no pós-operatório veem a cirurgia como a esperança de cura para a sua doença oncológica e para o estigma associado a ela. Eles relacionam informações, comportamentos e fatos no sentido de encontrarem a cura. Há grande expectativa na ressecção do CCR e na confirmação da cura (MOTTA, 2013).

Importante considerar que a literatura ressalta que as principais dúvidas dos pacientes após o retorno ao domicílio são de natureza fisiológica como o manejo da dor perianal, da náusea e da falta de ar. Há também aquelas de ordem educacional, sobre o ensino do efeito das medicações, como deve ser a alimentação no pós-operatório e no retorno ao domicílio e como será a vida sexual após a cirurgia (HARRISON et al., 2011).

Mesmo que a cirurgia tenha resolvido os sintomas do CCR, nos primeiros meses de pós-operatório, o paciente precisa lidar com as consequências do tratamento cirúrgico, tenha estomia intestinal ou não, e com o medo da recidiva da doença oncológica, além da necessidade do tratamento adjuvante (TAYLOR, 2012).

Outro aspecto central das necessidades dos pacientes é reaver o controle sobre o próprio corpo, com especial atenção à função intestinal (JONSSON; STENBERG; FRISMAN, 2011).

Ocorrem ainda necessidades emocionais à respeito das dificuldades enfrentadas pelo paciente em lidar com o estresse de seus familiares e acompanhantes, que se encontram preocupados pelo estado de saúde do paciente, pela rotina da internação e como será a sua recuperação (HALL; GRAY; BROWNE, 2012).

O paciente, além de lidar com o tratamento e suas consequências, ainda se depara com a ansiedade de seus familiares ou acompanhantes. Ora se mostra resistente e otimista para inspirar otimismo em seus entes queridos, ora procura momentos a sós para vivenciar as suas incertezas sobre o tratamento e suas consequências, para não preocupar seus familiares. Isto pode levar a grande prejuízo na dinâmica familiar e social do paciente (SULLEY, 1990; MOTTA, 2013; FIGUEIREDO, 2013).

Pacientes e familiares também relataram interesse em saber sobre a dieta e vida sexual após a cirurgia (HALL; GRAY; BROWNE, 2012).

O paciente e os seus familiares e acompanhantes, formam uma unidade que precisa ser cuidada em conjunto, pois eles vivenciam o processo, sentem as dificuldades e superam os desafios de forma coletiva.

É importante ressaltar que inexistem campanhas de orientação sobre o CCR no Brasil e isso acarreta um grande desconhecimento por parte do paciente sobre a sua doença e tratamento. Além disso, dados da literatura científica alertam sobre a grande necessidade de informações requeridas pelos pacientes no período de internação e mesmo após a alta hospitalar (HARRISON et al., 2011; JONSSON, STENBERG, FRISMAN, 2011; HALL; GRAY; BROWNE, 2012).

Considerando isso, se o enfermeiro detecta desconhecimento de informações sobre a patologia, tratamento e suas consequências por parte do paciente durante a coleta de dados na admissão para a unidade de internação cirúrgica ou em outro momento no pré-operatório, pode elencar o Diagnóstico de Enfermagem Conhecimento deficiente relacionado à falta de conhecimento do câncer colorretal, de seu tratamento e consequências, evidenciado por solicitação de informações. Como resultado de enfermagem consideramos a extensão da compreensão sobre o CCR, tratamento e consequências. E como intervenção de enfermagem o ensino do processo da doença, do tratamento e de suas consequências (CARPENITO-MOYET, 2005; BULECHEK, 2009).

Adicionalmente consideramos pertinente elaborar uma justificativa para este diagnóstico de enfermagem. Se o paciente permanece com pouco conhecimento sobre a sua patologia, tratamento e consequências poderá ignorar a importância do seguimento oncológico após a cirurgia, fato que aumenta as chances de recidiva locorregional, perda de seguimento e insucesso com o tratamento cirúrgico.

Considerando as evidências acima o enfermeiro pode elencar o Diagnóstico de Enfermagem Risco de infecção relacionada ao comprometimento das defesas do hospedeiro secundário a CCR e invasão do organismo após incisão cirúrgica. Como resultado de enfermagem consideramos a aplicação das medidas contra infecção durante a cirurgia. E como intervenção de enfermagem ensinar e supervisionar a lavagem

meticulosa das mãos da equipe que atua na sala operatória; Garantir técnica asséptica (CARPENITO-MOYET, 2005; BULECHEK, 2009).

A justificativa para este diagnóstico de enfermagem está relacionada à morbimortalidade aumentada pela ocorrência da ISC, logo todas as medidas possíveis para sua prevenção num paciente oncológico devem ser tomadas para favorecer a recuperação fisiológica aumentando a capacidade de resposta às demandas catabólicas do processo anestésico-cirúrgico, cicatrização da ferida operatória e reabilitação pós-operatória.

O reconhecimento do estado metabólico do paciente com CCR no pós-operatório pelo enfermeiro é imprescindível, pois no planejamento da assistência de enfermagem é necessário incluir a severidade do catabolismo do paciente oncológico com vistas a diminuir o gasto energético desnecessário para favorecer a síntese de colágeno na ferida operatória e cicatrização da anastomose intestinal.

Neste contexto o Diagnóstico de Enfermagem Fadiga relacionada ao estado hipermetabólico, competição entre o organismo e o tumor colorretal por nutrientes e estressores associados ao câncer evidenciado por verbalização de angústia e falta de energia, incapacidade de manter as rotinas usuais, introspecção e desempenho diminuídos. Como resultado esperado consideramos a diminuição do gasto energético desnecessário por meio de remanejamento das intervenções de enfermagem de tal forma que proporcionem maior período de repouso ao paciente, auxílio proporcionado por técnicos ou auxiliares de enfermagem para a higiene e alimentação. Tal diagnóstico, resultados e intervenções justificam-se pelo agravamento da condição clínica do paciente se este continuar com gasto energético desnecessário, com risco de comprometimento da convalescença no pós-operatório e prejuízo na cicatrização da ferida operatória e anastomose intestinal (CARPENITO-MOYET, 2005; BULECHEK, 2009; BLACKBURN, 2011; DEBARROS; STEELE, 2013).

Nesta Categoria temática **“Necessidades de pacientes com CCR e seus familiares”** foi possível identificar que as demandas de necessidades de cuidados estavam vinculadas à evolução do paciente com CCR ao tratamento cirúrgico e suas reações fisiológicas e psicossociais, assim como a importância da inclusão da família com focalização de intervenções para prevenção de ISC, melhoria do catabolismo e

melhoria de conhecimentos sobre a fisiopatologia, tratamentos e consequências e necessidade de seguimento de controle oncológico.

6. CONCLUSÃO

Concluimos com a Revisão Integrativa sobre a produção científica nacional e internacional sobre a assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com CCR, a elaboração das recomendações para a sistematização da assistência com vistas à alta hospitalar, com focalização das necessidades específicas destes pacientes e seus familiares.

Em relação à classificação dos níveis de evidência, todos os estudos foram descritivos: três opiniões de especialistas (nível de evidência VII), dois qualitativos (nível de evidência VI), um estudo descritivo retrospectivo (nível de evidência VI) e um descritivo (nível de evidência VI). Tais níveis de evidência indicam, portanto que a produção científica relacionada ao tema ainda está em uma fase inicial, com objetivo de conhecer o evento, e eminentemente internacional, haja vista que não foram encontrados estudos nacionais.

Identificamos três categorias temáticas: Conhecimentos e habilidades requeridas para a sistematização da alta hospitalar; Estratégias para implementar a alta hospitalar e Necessidades de pacientes com CCR e familiares.

A sistematização da assistência perioperatória com vistas à alta hospitalar exige conhecimento sobre as técnicas cirúrgicas para tratamento do CCR e suas consequências, bem como sobre o seguimento oncológico. Exige também habilidades para incluir o familiar no planejamento e para prevenir a readmissão do paciente.

As estratégias para implementação consistem na elaboração de material educativo, na avaliação clínica do paciente considerando o estresse psicológico e social, no favorecimento da eliminação intestinal do paciente com e sem estomia intestinal no pós-operatório e no ensino dos diversos cuidados do pós-operatório.

As necessidades de pacientes e familiares constituem aspecto importante que precisam ser considerado pelo enfermeiro e pelos profissionais da equipe multidisciplinar. O paciente sente necessidade de reassumir o controle de seu próprio corpo após a cirurgia mutilatória. Além dessa necessidade fisiológica, os seus aspectos psicossociais não podem ser desconsiderados. Paciente e familiares também devem ser esclarecidos sobre o seguimento oncológico e tratamento adjuvante. Essas informações

podem ser também disponibilizadas através de material informativo de fácil compreensão e legível.

Concluimos que isto remete que a meta é realizar a sistematização da assistência, tornando-a mais eficiente e que responda às demandas de necessidades das pessoas e do seguimento oncológico e especializado de Estomaterapia.

Diante da relevância epidemiológica do CCR no Brasil e da complexidade de seu tratamento cirúrgico e adjuvante, consideramos a ausência de estudos brasileiros sobre o tema uma lacuna na nossa produção científica, que merece maior investimento pelos pesquisadores.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero a experiência no mestrado positiva, pois pude aprender muito em determinadas disciplinas, participando das atividades do Grupo de Pesquisa e das atividades de Extensão universitária. Ressalto que, sem a experiência clínica obtida com a participação no projeto de extensão universitária, não seria possível adquirir a experiência clínica necessária para conduzir o mestrado com qualidade e seriedade necessárias. Precisamos sempre nos lembrar de que pesquisamos para melhor assistir os nossos pacientes.

O método da revisão integrativa de literatura é rigoroso e contribui para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem, porém o pesquisador precisa ter experiência clínica na área para analisar, de forma crítica a literatura encontrada na revisão.

Um desafio superado na condução do mestrado foi aprender a planejar o tempo para conseguir cursar as disciplinas, participar do grupo de pesquisa e das atividades da extensão universitária.

Outro desafio vencido foi conseguir me manter atualizado em relação à produção científica da área, de forma a assistir os pacientes do projeto de extensão com uma prática baseada em evidências.

Considero que a pesquisa contribui de forma decisiva na prática assistencial do enfermeiro, porque permite que as intervenções sejam aperfeiçoadas. Finalizo convicto de que a pesquisa é um meio, pois o fim é a assistência de enfermagem especializada aos pacientes cirúrgicos com CCR. Nada somos sem nossos pacientes.

REFERÊNCIAS

APRILLI, F; PARRA, R.S. Doença inflamatória intestinal. **In: Coloproctologia princípios e práticas**. 2ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 205-22, 2011.

BEAUGERIE, L; ITZKOWITZ, S.H. Cancers complicating inflammatory bowel disease. *The New England Journal of Medicine*, v 372, n 15, p. 1441-52, 2015.

BECK, D.E. **Handbook of colorectal surgery**. Third edition. London: JP Medical, 2013. 560p.

BUETTO, L.S. **O significado de qualidade de vida no contexto da quimioterapia antineoplásica para o paciente com câncer colorretal**. 2014. 158f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

BEDNARSKI, D. et al. Discharge information needs of patients after surgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v.33, p. 281-91, 2006. 2012.

BIONDO, S. et al. Incidencia de la infección de la herida quirúrgica en cirugía colorectal electiva y su relación con factores perioperatorios. **Cirugía Española**, v 90, n 6, p. 376-81, 2012.

BLACKBURN, G.L. Metabolic considerations in management of surgical patients. **Surg Clin N Am**, v 91, p. 467-80, 2011.

BRASILa. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA. **Manual de condutas 2011**. Belo Horizonte, 2011. 589 p.

_____.b. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014 Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2014. 126p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24012014.pdf>>. Acesso em 24 abr. 2014.

_____.c. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA COSTA DA SILVA. **Direitos sociais da pessoa com câncer: orientações aos pacientes**. Rio de Janeiro, 2014. 15p. Disponível em:<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_4ed.pdf>. Acesso em 20 jul. 2015.

BULECHEK, G. et al. **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre, 2009. Título do Original: NANDA, NOC and NIC linkages, Second Edition. 448p.

CARPENITO-MOYET, L.J. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 10ª edição. Tradução de Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2005. Título do Original: Nursing diagnosis: application to clinical practice, tenth edition. 1028p.

CASTRO, L.S. et al. **Câncer de cólon**. In: Tratamento cirúrgico do câncer gastrointestinal. Segunda edição. Rio de Janeiro: Dilivros, 2012.

CATALDO, P.A. Technical tips for stoma creation in the challenging patient. **Clinics in colon and rectal surgery**, v 21, n 1, p. 17-22, 2008.

CEILLEACHAIR, A.O. et al. Inter-relationships between the economic and emotional consequences of colorectal cancer for patients and their families: a qualitative study. **BMC Gastroenterology**, v 12, n 62, p. 1-10, 2012.

CRUZ, D.A.L.M. **Processo de enfermagem e classificações**. In: Diagnóstico de enfermagem na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008. 368p.

DEBARROS, M.; STEELE, S.R. Perioperative protocols in colorectal surgery. **Clin Colon Rectal Surg**, v 26, p. 139-45, 2013.

DEGRATE, L. et al. Right colon, left colon, and rectal surgeries are not similar for surgical site infection development. Analysis of 277 elective and urgent colorectal resections. **Int J Colorectal Dis**, n 26, p. 61-9, 2011.

DEITZ, D; GATES, J. Basic ostomy management part 1. **Nursing**, v 40, n 2, p. 61-2, 2010.

EISENHARDT, M.F. et al. Clinical and epidemiological evaluation of patients with colorectal cancer from Rio Grande do Sul. **J Coloproctol**, v 32, n 2, p. 136-43, 2012.

FERRAZ, C.A; MEIRELLES, C.A. Estudo teórico da demarcação do estoma intestinal. **R. Bras Enferm**, v 54, n 3, p. 500-10, 2001.

GALDEANO, L.E; PENICHE, A.C.G. Tipos e riscos anestésicos. In: Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação. Barueri: Manole, 2007.429p.

GARCIA, T.R; NÓBREGA, M.M.L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v 3, n1, p. 188-93, 2009.

GREENBLATT, D.Y. et al. Readmission after colectomy for cancer predicts one-year mortality. **Annals of Surgery**, v 251, n 4, p. 659-69, 2010.

HALL, S; GRAY, N; BROWNE, S. A qualitative exploration of the role of primary care in supporting colorectal cancer patients. **Support Care Cancer**, n 20, p. 3071-78, 2012.

HARRISON, J.D. et al. Quantifying postdischarge unmet supportive care needs of people with colorectal cancer: a clinical audit. **Colorectal Disease**, v 13, n 12, p. 1400-06, 2011.

JONSSON, STENBERG; FRISMAN; The lived experience of the early postoperative period after colorectal cancer surgery; **European Journal of Cancer Care**; v 20; 248-56; 2010.

LENZA, N.F.B. **Programa de ostomizados: os significados para estomizados intestinais e familiares**. 2011. 134f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

LENZA, N.F.B. et al. (a) O ensino do autocuidado aos pacientes estomizados e seus familiares: uma revisão integrativa. **Rev Bras Promoç Saúde**, v 26, n 1, p. 139-45, 2013a.

LENZA, N.F.B. et al. (b) Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 15(3):755-62; jul/set, 2013b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17594>.

LITHNER, M. et al. Perceived information after surgery for colorectal cancer – an explorative study; **Colorectal Disease**; v 14; 1340-50; 2012.

MARTINS, L. M. A reabilitação das pessoas com estomia intestinal por adoecimento crônico. Ribeirão Preto, 2014. 158 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

MOTTA, T.T.D. **A experiência cirúrgica de ressecção do câncer colorretal e suas consequências na perspectiva do paciente**. 2013. 101f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

NORLYK, A; MARTINSEN, B. The extended arm of health professionals? Relatives 'experiences of patient's recovery in a fast-track programme; **Journal of Advanced Nursing**; v 69; n 8; 1737-46; 2012.

OLIVEIRA, J.Z. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à cirurgia de amputação abdominoperineal do reto com colostomia abdominal ou colostomia perineal**. 2010. 88f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, 2010.

OLIVEIRA, M.S. **As complicações precoces e tardias e a demarcação de estoma intestinal**. 2014. 67f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2014.

PENDLIMARI, R. et al. Diagnoses influence surgical site infection (ssi) in colorectal surgery: a must consideration for SSI reporting programs? **J Am Coll Surg**, v 214, n 4, p. 574-80, 2012.

PERSON, B. et al. The impact of preoperative stoma site marking on the incidence of complications, quality of life, and patient's independence. **Dis Colon Rectum**, v 55, p. 783-87, 2012.

RAFFERTY, J.F. **Preoperative management**. In: The ASCRS Manual of colon and rectal surgery. Second edition. New York: Springer, 2014.

ROCHA, J.J.R. **Coloproctologia princípios e práticas**. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2011. 249 p.

SONOBE, H.M.; BARICHELO, E.; ZAGO, M.M.F. A visão do colostomizados sobre o uso da bolsa de colostomia. **Rev. Bras Cancerol**, Rio de Janeiro, v.48 n.3, p.341-48, jul/set., 2002.

ZANDONAI, A.P; SONOBE, H.M; SAWADA, N.O. Os fatores de risco alimentares para câncer colorretal relacionado ao consumo de carnes. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v 46, n 1, p. 234-9, 2012.

SHANKARAN, V. et al. Risk factors for financial hardship in patients receiving adjuvant chemotherapy for colon cancer: a population-based exploratory analysis. **Journal of Clinical Oncology**, v 30, n 14, p. 1608-14, 2012.

SIEGEL, R.L; JEMAL, A; WARD, E.M. Increase in incidence of colorectal cancer among young men and woman in the United States. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**, v 18, n 6, p. 1695-98, 2009.

SILVA, J. **Educação para o autocuidado de estomizados intestinais no domicílio: do planejamento à avaliação de resultados**. 2013. 213 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

SILVA, J. et al. Estratégias de ensino para o autocuidado de estomizados intestinais. **Rev Rene**, v 15, n 1, p. 166-73, 2014.

SJOVALL et al. Experiences of living with advanced colorectal cancer from two perspectives – Inside and outside; PUBMED; **European Journal of Oncology Nursing**; v 15; 390-97; 2011.

SOARES, C.B. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v 48, n 2, p. 335-45, 2014.

SONOBE, H.M.; BUETTO, L.S.; ZAGO, M.M.F. O conhecimento dos pacientes com câncer sobre seus direitos legais. **Rev Esc Enferm USP**, 45(2):342-8, 2011. <http://www.ee.usp.br/reeusp/>

STILLWELL, S.B. et al. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search. **AJN**. 2010; 110 (5): 41-7. http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

SULLEY, L.E. Social work role with colostomates and their families. **Australian social work**, v 43, n 2, p. 37-43, 1990.

TAYLOR, C. Best practice in colorectal cancer care. **Nursing practice**, v 108, n 12, p. 22-5, 2012.

TAYLOR, C; RICHARDSON, A; COWLEY, S. Restoring embodied control following surgical treatment for colorectal cancer: A longitudinal qualitative study; **International Journal of Nursing Studies**; v 47; 946-56; 2010.

_____. Surviving cancer treatment: An investigation of the experience of fear about, and monitoring for recurrence in patients following treatment for colorectal cancer; **European Journal of Oncology Nursing**; v 15; 243-49; 2011.

TAYLOR, C. Discharge after colorectal cancer surgery 1: An overview; **Nursing Times**; v 104; n 28; 28-9; 2008.

_____. Discharge after colorectal cancer surgery 2: Planning; **Nursing Times**; v 104; n 29; 30-1; 2008.

VASCONCELOS, E.M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n 54, p. 132-57, 1997.

VIEIRA, F.S. **Complicações de estoma e pele periestoma em pacientes em seguimento ambulatorial**. 2014. 73p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

YOUNG, J.M. et al Identifying indicators of colorectal cancer care coordination: a Delphi study. **Colorectal Disease**, v 16, n 1, p. 17-25, 2013.