UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIZA SILVA DE LIMA

Proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de câncer colorretal

Ribeirão Preto

2018

MARIZA SILVA DE LIMA

Proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de câncer colorretal

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe

Ribeirão Preto

2018

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.

LIMA, MARIZA SILVA DE

Proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de câncer colorretal. Ribeirão Preto, 2018.

82 p. : il. ; 30 cm

Tese Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Helena Megumi Sonobe

1.Neoplasias colorretais. 2.Recidiva. 3.Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório. 4.Enfermagem perioperatória. 5. Protocolos.

Nome: LIMA, Mariza Silva de

Título: Proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de câncer colorretal

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

À Deus, minha família, meu esposo e amigos, com amor, dedico minha admiração e gratidão por toda compreensão, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Helena, pelos anos de convivência, muito me ensinou, contribuindo para meu crescimento científico, intelectual e como pessoa.

À Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, por me acolher e dar subsídios para os estudos e pesquisa.

Ao HCFMRP, por permitir campo vasto e prático, bem como proximidade aos funcionários e pacientes, bem como a possibilidade de construir uma assistência multiprofissional.

A todos os professores das disciplinas, que colocam todo conhecimento e coração para contribuir a nossa formação.

Aos colegas de pós-graduação, por permitirem a troca de conhecimentos, de experiências e de serem sempre rede de apoio.

Muito obrigada!

RESUMO

LIMA, M. S. **Proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de câncer colorretal.** 2018. 85 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introdução: Muitos pacientes desenvolvem recidiva de câncer colorretal (CCR), que possui importância epidemiológica devido ao diagnóstico tardio e à dificuldade de acessibilidade à assistência de saúde. **Objetivos:** analisar as evidências científicas sobre a deiscência de anastomose intestinal em cirurgias por laparotomia e laparoscopia em pacientes com CCR, a recidiva de câncer colorretal e a assistência de enfermagem para pacientes com recidiva de CCR em tratamento cirúrgico; e realizar proposição de assistência de enfermagem perioperatória para esta clientela, com base nestas evidências científicas. **Materiais e método:** trata-se de revisão integrativa (RI), fundamentada na Prática Baseada em Evidências, realizada com as etapas de elaboração da pergunta e definição das estratégias de busca; elaboração de critérios de inclusão e exclusão; utilização de um instrumento para a coleta de dados da amostra; análise crítica dos estudos com avaliação do rigor e das características da amostra; síntese e interpretação dos resultados; e apresentação da RI. Para a busca da literatura científica utilizou-se os descritores *colorectal neoplasms, laparoscopy, laparotmy* e *anastomoticleak; recurrence* e *colorectal neoplasm;* nas base de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca virtual COCHRANE, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS) e biblioteca virtual National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), mediante os critérios de inclusão e de exclusão, com seleção de oito e quatro artigos científicos, respectivamente; e com os descritores *colorectal neoplasms, recurrence e nursing,* seis artigos científicos. **Resultados e discussão:** a ocorrência de deiscência de anastomose, foi analisada em relação ao uso de novas técnicas cirúrgicas e maior densidade tecnológica para as terapêuticas adjuvantes, farmacológicas e os exames diagnósticos, que comprometem a mortalidade e sobrevida desta clientela. Em geral, os pacientes apresentam estadiamento avançado da doença, com realização de cirurgia tradicional pela condição clínica associada à comorbidades, maior risco cirúrgico e ampla ressecção intestinal, o que comprometem a sua recuperação fisiológica e psicossocial, além de maior possibilidade de recidiva ou metástases. Para a assistência à saúde desta clientela há necessidade de equipe multidisciplinar, priorizando-se a complexidade clínica, utilização de maior densidade tecnológica e seguimento especializado ao longo da sobrevivência. Há escassez de produção científica, sobre aspectos clínicos, terapêuticos e preventivos, principalmente da enfermagem. **Conclusão:** O enfermeiro deve ter domínio sobre fisiopatologia, terapêuticas e suas consequências, além de prognósticos e aspectos preventivos do CCR, para prestar assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com CCR e familiares, com planejamento de intervenções procedimentais, educativas e psicossociais.

Descritores: Neoplasias colorretais. Recidiva. Procedimentos Cirúrgicos do Sistema Digestório. Enfermagem perioperatória. Protocolos.

ABSTRACT

LIMA, M. S. **Proposal to perioperative nursing care for patients with colorectal cancer recurrence.** 2018. 85 pp. Thesis (Doctorate) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Background: Many patients develop colorectal cancer recurrence (CCR), with epidemiological importance due to late diagnosis and the difficult access to health care. **Objectives:** To analyse scientific evidence on bowel anastomosis dehiscence in laparotomy and laparoscopy surgeries in patients with CCR, the colorectal cancer recurrence and the nursing care for patients with CCR relapse undergoing surgical treatment; and make the perioperative nursing care proposal to these patients, based on the scientific evidences cited. **Method and materials:** An integrated review (IR), grounded on the Evidence-Based Practice, developed in the following phases: creation of the question and definition of search strategies; creation of inclusion and exclusion criteria; the use of an instrument to collect sample data; critical analysis of the study and assessment of the rigor and characteristics of the sample; summary and interpretation of the results; and IR presentation. In the search for scientific literature, the descriptors *colorectal neoplasms, laparoscopy, laparotomy* and *anastomotic leak; recurrence and colorectal neoplasm* were used on the following databases: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Latin-American and Caribbean Literatures on health Science (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), COCHRANE virtual library, Español de Ciencias de la Salud (IBECS) bibliographic index and National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED) virtual library, using the inclusion and exclusion criteria, selecting 8 and 4 scientific articles, respectively; and 6 scientific articles with the descriptors *colorectal neoplasms, recurrence e nursing.* **Results and discussion:** the occurrence of anastomosis dehiscence was analysed in relation to the use of new surgical techniques and greater technological density for the therapeutics adjuvants, pharmacological and the diagnostic tests that affect the mortality and the survival of such patients. In general, patients present advanced staging of the disease with the practice of traditional surgery due to clinic condition associated to comorbidities, greater surgical risk and extensive intestinal resection, which impair their physiological and psychosocial recovery, in addition to a greater possibility of recurrence or metastasis. For the health care of such patients, it is necessary a multidisciplinary team, prioritising the clinical complexity, the use of higher technological density and specialised assistance throughout the survival. There is a shortage of scientific production on clinical, therapeutic and preventive aspects, particularly in nursing. **Conclusion:** Nurses shall master pathophysiology, therapeutics and their consequences, as well as the prognosis and preventive aspects of CCR in order to provide perioperative nursing care for patients with CCR and their family, with procedural, educational and psychosocial interventions.

Descriptors: Colorectal Neoplasms. Recurrence. Digestive System Surgical Procedures. Perioperative Nursing. Protocols.

RESUMEN

LIMA, M. S. **Proposición de la asistencia de enfermería perioperatoria a los pacientes con recidiva de cáncer colorrectal.** 2018. 85 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Introducción: Muchos pacientes desarrollan recidiva de cáncer colorrectal (CCR), que tiene importancia epidemiológica debido al diagnóstico tardío y a la dificultad de accesibilidad a la asistencia de salud. **Objetivos:** analizar las evidencias científicas sobre la dehiscencia de anastomosis intestinal en cirugías por laparotomía y laparoscopia en pacientes con CCR, la recidiva de cáncer colorrectal y la asistencia de enfermería para pacientes con recidiva de CCR en tratamiento quirúrgico; y realizar proposición de asistencia de enfermería perioperatoria para esta clientela, con base en estas evidencias científicas. **Materiales y método:** se trata de revisión integrativa (RI), fundamentada en la Práctica Basada en Evidencias, realizada con las etapas de elaboración de la pregunta y definición de las estrategias de búsqueda; elaboración de criterios de inclusión y exclusión; utilización de un instrumento para la recolección de datos de la muestra; análisis crítico de los estudios con evaluación del rigor y de las características de la muestra; síntesis e interpretación de los resultados; y presentación de la RI. Para la búsqueda de la literatura científica se utilizaron los descriptores colorectal neoplasms, laparoscopia, laparotmy y anastomoticleak; recurrentes y colorectal neoplasm; (CINAHL), Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), en la base de datos Cumulative Index a la Enfermería y Allied Health Literature (CINAHL), Biblioteca Latina COCHRANE, Índice Bibliográfico Español (IBECS) y biblioteca virtual National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED), mediante los criterios de inclusión y exclusión, con selección de ocho y cuatro artículos científicos, respectivamente; y con los descriptores colorectal neoplasms, recurrence y enfermería, seis artículos científicos. **Resultados y discusión:** la ocurrencia de dehiscencia de anastomosis, fue analizada en relación al uso de nuevas técnicas quirúrgicas y mayor densidad tecnológica para las terapias adyuvantes, farmacológicas y los exámenes diagnósticos, que comprometen la mortalidad y sobrevida de esta clientela. En general, los pacientes presentan estadificación avanzada de la enfermedad, con realización de cirugía tradicional por la condición clínica asociada a las comorbilidades, mayor riesgo quirúrgico y amplia resección intestinal, lo que comprometen su recuperación fisiológica y psicosocial, además de mayor posibilidad de recidiva o metástasis. Para la asistencia a la salud de esta clientela hay necesidad de equipo multidisciplinario, con la priorización de la complejidad clínica, utilización de mayor densidad tecnológica y seguimiento especializado a lo largo de la supervivencia. Hay escasez de producción científica, sobre aspectos clínicos, terapéuticos y preventivos, principalmente de la enfermería. **Conclusión:** El enfermero debe tener dominio sobre fisiopatología, terapéutica y sus consecuencias, además de pronósticos y aspectos preventivos del CCR, para prestar asistencia de enfermería perioperatoria para pacientes con CCR y familiares, con planeamiento de intervenciones procedimentales, educativas y psicosociales.

Descriptores: Neoplasias Colorrectales. Recurrencia. Procedimientos Quirúrgicos del Sistema Digestivo. Enfermería Perioperatoria.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estratégia de busca de artigos científicos sobre deiscência de anastomose, nas Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018 38

Figura 2 - Estratégia de busca de artigos sobre deiscência de anastomose, com utilização de filtros da plataforma das Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018 40

Figura 3 - Estratégia de busca dos artigos científicos sobre recidiva de CCR, nas Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018 41

Figura 4 - Estratégia de busca dos artigos científicos sobre assistência de enfermagem ao paciente com CCR, nas Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018 43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia PICOT do estudo 36

Quadro 2 - Amostra de estudos sobre deiscência em anastomose em cirurgias de pacientes com CCR, segundo autor e ano de publicação, periódico, resultados e as implicações para Enfermagem. Ribeirão Preto, 2018 45

Quadro 3 - Amostra do estudo sobre recidiva de CCR segundo autor e ano de publicação, objetivo, método, resultados e as implicações para Enfermagem. Ribeirão Preto, 2018 47

Quadro 4 - Amostra do estudo sobre Assistência de Enfermagem Perioperatória aos pacientes com recidiva de CCR segundo autor e ano de publicação, periódico, nível de evidência, objetivo, resultados e tema. Ribeirão Preto, 2018. 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCR	Câncer Colorretal
CEA	Antígeno Carcinoembrionário
CINAHAL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
COCHRANE	Cochrane Collaboration - organização sem fins lucrativos
Colorectal dis.	Colorectal disease
CT	Tomografia computadorizada
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBECS	Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud
IMC	Índice de Massa Corpórea
INCA	Instituto Nacional do Câncer
J. Psychosoc Oncol	Journal of Psychosocial Oncology
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NCCS	Coalizão Nacional para a Sobrevivência ao Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONF	Oncology Nursing Forum
OUTCOMES	Desfecho da estratégia de estudo
PAE	Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
PICOT	População/Intervenção/Comparação/OUTCOMES/Tempo
PNH	Politica Nacional de Humanização
PUBMED	Banco de dados da National Center for Biotechnology Information
RI	Revisão Integrativa
SNC	Serviço Nacional de Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO..... 15

2. INTRODUÇÃO..... 16

2.1 Câncer colorretal: fisiopatologia e terapêutica cirúrgica **22**

3. OBJETIVOS..... 28

4. REFERENCIAL TEÓRICO..... 29

4.1 Prática Baseada em Evidências e a Revisão Integrativa **30**

5. MATERIAIS E MÉTODOS..... 35

5.1 Procedimentos para operacionalização e apresentação da RI **36**

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 45

6.1 Resultados **46**

6.1.1 RI sobre deiscência de anastomose em Laparotomia e Laparoscopia **46**

6.1.2 RI sobre recidiva de CCR **49**

6.1.3 RI sobre assistência de enfermagem aos pacientes com CCR **52**

6.2 Discussão **58**

6.3 Proposição da Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de CCR **65**

7. CONCLUSÃO..... 69

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 71

REFERÊNCIAS..... 73

APÊNDICE..... 79

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 80

ANEXOS..... 82

ANEXO A – Amostra da primeira etapa do estudo sobre deiscência de anastomose em cirurgias Colorretais 83

ANEXO B – Amostra da segunda etapa do estudo sobre recidiva de CCR 84

ANEXO C – Amostra de estudo sobre assistência de enfermagem aos pacientes com recidiva de CCR. 85

1.APRESENTAÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem, principalmente nos estágios práticos, ao observar as dificuldades enfrentadas pelos pacientes oncológicos cirúrgicos que necessitavam de cuidados paliativos, refletíamos sobre a assistência prestada a essa clientela. Estamos inseridas, desde 2009, no Grupo de Pesquisa e Extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), que atende pacientes cirúrgicos, internados na Especialidade de Coloproctologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), sob a coordenação da Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe.

Neste grupo acompanhamos a equipe multidisciplinar da Disciplina de Coloproctologia, sendo que nas atividades de extensão desenvolvíamos o ensino pré-operatório de pacientes e familiares, além dos cuidados para a alta hospitalar abordando o autocuidado com estomia intestinal, uso de equipamentos coletores e encaminhamento para o Programa de Ostomizados, mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No decorrer destas atividades tivemos contato com vários pacientes, que reinternavam após cerca de seis a oito meses de pós-operatório, apresentando quadro de recidiva ou em fase terminal. Considerando minhas inquietações, a experiência clínica e as situações vivenciadas no grupo de extensão, decidimos aprofundar o entendimento sobre a assistência de enfermagem aos pacientes com recidiva de câncer colorretal (CCR) em tratamento cirúrgico no hospital terciário.

Com a formação em pesquisa no Curso de Pós-Graduação – Nível Doutorado Direto e considerando a nossa prática clínica, percebemos a escassez de estudos sobre esta temática na enfermagem, pois ainda predominam estudos científicos, principalmente da área médica. Desta maneira, esperamos fornecer subsídios para a melhoria do planejamento da assistência de enfermagem e da equipe multidisciplinar aos pacientes adultos e idosos com recidiva de CCR, atendendo a sua demanda de necessidades.

2.INTRODUÇÃO

No contexto atual, o câncer apresenta-se como a segunda causa de mortalidade mundial, afetando várias dimensões da vida humana, com grande impacto econômico, pois reduz o potencial de trabalho e pode trazer consequências mutilatórias com repercussões individuais e familiares (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014e).

Até o ano de 2020 são estimados mais de 15 milhões de casos novos desta doença no mundo. Os tumores malignos que acometem o cólon e o reto representam o segundo tipo de neoplasia mais prevalente a cada ano e estimam-se 945 mil casos novos (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014e).

No Brasil, o CCR representa 36.360, sendo 17.380 homens e 18.980 mulheres, cuja mortalidade foi estimada em 15.415; sendo 7.387 homens e 8.024 mulheres, sendo possível observar o aumento no número de casos novos em mulheres, contudo apresenta-se como uma doença curável quando diagnosticada em fase precoce e com localização circunscrita ao intestino (TONON, SECOLI, CAPONERO, 2007; BRASIL, 2018a; BRASIL 2015b).

Esta patologia vem se destacando no cenário epidemiológico e ganhou espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas do governo devido à complexidade de implementação de medidas preventivas e de rastreamento de casos em fase precoce, além da necessidade de alto investimento financeiro e tecnológico para ofertar tratamento oncológico adequado, principalmente para pessoas com estadiamento avançado da doença (GRILLO, 2013; BRASIL 2018a; BRASIL, 2015b).

Ressaltamos que a saúde é um direito fundamental da população, cuja responsabilidade do Estado, prevista pela Constituição Brasileira de 1988, é prover as condições indispensáveis para seu exercício. Dentro desta Legislação preconiza-se o princípio da universalidade, que deve garantir acesso aos diferentes níveis de assistência à saúde, assim como o da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Contudo, existem ainda muitos desafios a serem superados, principalmente sobre a implementação da referência e da contrarreferência no Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 1990f; FIGUEIREDO, 2013; BRASIL, 2015c).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela normatização e coordenação das ações assistenciais em Oncologia, desde a liberação dos recursos para pagamento da rede hospitalar pública e privada, que mantém o convênio com o SUS, contudo não consegue atender a demanda de necessidades terapêuticas de todas as pessoas com câncer (MELO, 2004; BRASIL, 2018a).

Historicamente, no Brasil, a abordagem do câncer como um problema sanitário para o Estado, se deu a partir da década de 1930, pela atuação de pesquisadores como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Azevedo. Assim, o controle do câncer em nível nacional somente ocorreu com a criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, que tinha por finalidade orientar e controlar a campanha contra o câncer em todo o território brasileiro (PARADA et al., 2008; BRASIL, 2018a).

O Governo Federal propôs, mais recentemente, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer com a Portaria 874 de 16 de maio de 2013, reafirmando as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, assegurando o tratamento em 60 dias após o estabelecimento do diagnóstico oncológico. Esta política tem por objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade advindas da doença, buscando diminuir a incidência de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com esta doença, por meio da participação da população (BRASIL 2013b; BRASIL, 2014e).

Para tanto, ressaltamos os seis princípios e diretrizes desta Legislação que são a promoção à saúde; prevenção do câncer; vigilância, monitoramento e avaliação; cuidado integral; ciência e tecnologia; educação e comunicação em saúde (BRASIL 2013b; BRASIL, 2014e).

Com a promoção da saúde busca-se a identificação e intervenção sobre os determinantes e condicionantes dos diferentes tipos de câncer, como desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil para a promoção de ações de saúde e a qualidade de vida.

Para a prevenção do câncer, recomenda-se a eliminação, redução e o controle de fatores de risco físicos, químicos e biológicos, com intervenção sobre seus determinantes socioeconômicos, além de integrar ações de detecção precoce do câncer.

A vigilância, monitoramento e avaliação são possíveis com a organização dos sistemas de informação, de identificação, de monitoramento e de avaliação das ações de controle do câncer e dos fatores de risco e proteção.

Há viabilidade do cuidado integral será por meio da organização das ações e dos serviços direcionados para o cuidado integral da pessoa com câncer na Rede da Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

Contudo, a educação e comunicação em saúde serão importantes para o estímulo à formulação de estratégias de comunicação com a população, em parceria com os movimentos sociais, participação dos profissionais da saúde e de outros atores sociais, para disseminar e ampliar o conhecimento sobre o câncer.

Apesar de a Portaria Ministerial ser constituída por ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce na Atenção Primária, a Rede de Atenção Oncológica está limitada ainda ao credenciamento de serviços de alta complexidade. Estes são insuficientes para atender a demanda de pacientes, pois recebe pacientes com histórico de dificuldades de acesso para a realização de exames especializados e ao tratamento cirúrgico, demora no atendimento primário e com evolução rápida da doença para estadiamento avançado, antes do início do tratamento. Desta maneira, a política oncológica não tem sido suficiente para causar impacto na mortalidade por câncer, já que o sucesso do tratamento destes pacientes depende do diagnóstico precoce (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2014e).

A Portaria específica para os pacientes com CCR, aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para o CCCR, de caráter nacional e que devem ser utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. , bem como é obrigatória a cientificação ao paciente, ou ao seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos em decorrência do procedimento ou medicamento preconizado para o tratamento deste câncer (BRASIL, 2014e).

Devido à dificuldade de acessibilidade ao diagnóstico precoce, o paciente oncológico, chega ao contexto de atendimento hospitalar, com demanda terapêutica de maior complexidade, ou até mesmo a necessidade de associação de diferentes tratamentos, aumentando o custo para o SUS.

Ressaltamos também a importância de outras políticas propostas pelo Governo Brasileiro como a Politica Nacional de Humanização (PNH) de 2015, que

fortaleceu a assistência oncológica, com diretrizes e ferramentas para incentivar sua multiplicação, contrapondo o modelo hospitalocêntrico e medicocêntrico. A dificuldade de acessibilidade, a insatisfação social e pressões políticas, por incentivar a descentralização e horizontalização de processos de trabalho, para diminuir o desgaste entre os diferentes profissionais da saúde refletem na assistência fornecida a estes pacientes. Assim, propõe-se o desenvolvimento do trabalho em equipe, capacitação dos profissionais da equipe multidisciplinar, para lidar com as dimensões sociais e subjetivas, presentes no cotidiano das práticas de cuidado à saúde, o que implica na necessidade de aprofundar sobre as diferentes situações vividas por essas pessoas (BRASIL, 2015c).

A PNH visa assegurar a acessibilidade e a assistência com qualidade e dentre as diretrizes a serem adotadas pelos hospitais estão o acolhimento e a clínica ampliada, pois pressupõe o reconhecimento dos direitos dos usuários, da subjetividade e da cultura de todos os envolvidos (profissionais e pacientes), com construção dialógica de vínculos e a responsabilização compartilhada, que extrapola a realização de procedimentos técnicos e científicos e a lógica morfofuncional, que perpassa pela prática da integralidade na assistência à saúde (AYRES, 2004; BRASIL, 2015c; FIGUEIREDO, 2013)**.**

Assim, com o Acolhimento objetiva-se o atendimento com resolutividade e responsabilização, configurando um processo de trabalho que seja capaz de acolher, escutar e fornecer respostas mais adequadas aos pacientes, inclusive com encaminhamento, quando for o caso, do paciente e da família a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência. Desta maneira, busca assegurar o seguimento de controle oncológico, necessário por até cinco anos ou mais (BRASIL, 2015c; MATTOS, 2009).

Por outro lado, a Clínica Ampliada considera a multiplicidade de entendimentos e de ação no processo de conflito/adoecimento/sofrimento, que amplia a compreensão do processo saúde-doença, por respeitar as singularidades de todos os envolvidos, tanto de pacientes e de profissionais, nos contextos de cuidados à saúde. Isto é aplicável à situação de pacientes com recidiva de CCR que necessita de seguimento especializado por apresentar demandas de maior complexidade de atendimento (MATTOS, 2009; BRASIL, 2015c).

Há que se considerar que no Brasil, a Atenção Hospitalar tem sido debatida dentro da assistência oferecida pelo SUS, devido à alta valorização dos hospitais

como espaços de produção de conhecimentos e ações de cuidado, em que pacientes acreditam que seja o melhor local para a saúde, com a crença de que para obtenção de saúde, quanto mais tecnologia melhor. Isto reduz a importância da Atenção Básica, seus agentes e seus princípios, sendo que o importante é estabelecer um atendimento considerando-se a adequação e otimização dos recursos às necessidades da população, principalmente na área da Oncologia (CECÍLIO, 2001; SANTOS, 2007; BRASIL, 2013d, FIGUEIREDO, 2013).

A densidade tecnológica hospitalar é considerada pela população como fator de resolutividade dos problemas, visto que, buscam o melhor atendimento dos serviços de urgência/emergência, consideram as tecnologias potenciais os fármacos, os exames especializados e os especialistas. Porém, nem sempre estes resolvem os problemas da maioria (CECÍLIO, 2001; SANTOS, 2007; VECINA NETO, MALIK, 2007; BRASIL, 2013d, FIGUEIREDO, 2013).

Além disso, devemos considerar a importância dos avanços tecnológicos hospitalares e de sua organização para maior eficiência diante de doenças em estadiamento avançado e na Atenção Básica, que os profissionais de saúde deveriam estar capacitados para atuar na assistência preventiva oncológica (CECÍLIO, 2001; SANTOS, 2007; VECINA NETO, MALIK, 2007; BRASIL, 2013d, FIGUEIREDO, 2013).

Portanto, os Hospitais Gerais com cirurgia oncológica são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico do câncer, além de garantir o registro no sistema de informação, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde, além do encaminhamento para a complementação terapêutica especializada (radioterapia, iodoterapia ou quimioterapia) e para atendimento de urgências/emergências oncológicas, por meio de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013d).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2000 exigiram da Atenção Hospitalar capacidade de manejo de eventos agudos com possibilidades terapêuticas, densidade tecnológica compatível com suas funções, unidades especializadas para atendimentos ambulatoriais e de internação, serviços de apoio para operar com eficiência e qualidade, bem como oferecer um projeto arquitetônico compatível com suas funções. Contudo, a maioria das instituições não atende a estes requisitos. Além disso, há alta concentração de hospitais, em cidades de médio e grande porte, nas regiões sul e sudeste do país, com marcante

heterogeneidade tecnológica e de complexidade dos serviços, que leva ao desequilíbrio regional e superlotação dos setores (BRASIL, 2013d; FIGUEIREDO, 2013).

2.1 Câncer colorretal: fisiopatologia e terapêutica cirúrgica

Em geral, as pessoas com CCR, ao terem o diagnóstico oncológico estabelecido, já se encontram em fase de estadiamento avançado, o que representa diminuição na chance de cura e aumento de possibilidade de recidiva, que passam a ser preocupações constantes ao longo do tratamento. Esta situação pode ser decorrente da dificuldade de acessibilidade aos exames especializados como colonoscopia, enema opaco, tomografia computadorizada e ressonância magnética, assim como às consultas com coloproctologistas.

Apesar das novas tecnologias para tratamento do CCR, há possibilidade de recidiva para os pacientes, independente da remoção total do tumor primário com ou sem remoção dos linfonodos adjacentes. A doença pode evoluir com recidiva, tanto locorregional como recidiva metastática. Conceitualmente, considera-se que a pessoa com recidiva local possui maior chance de sobrevivência se comparada àquela com recidiva metastática, devido à complexidade do tratamento e da dificuldade para o controle tumoral, o que o torna candidato, com maior probabilidade, para os tratamentos paliativos, tanto cirúrgicos como adjuvantes (PINHO, 1999; DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

Contudo, a acessibilidade ao rastreamento e ao mapeamento genético não é uma realidade aplicável a toda a população, tanto para prevenção da doença quanto para recidiva, pois são procedimentos de alto custo e requer serviços com infraestrutura e recursos humanos especializados. Estes recursos possibilitam a identificação de mutações, por meio de sequenciamento do DNA de genes do indivíduo e dos membros da família, o que favorece o seguimento do paciente e identificação de pessoas com maiores fatores de risco para desenvolvimento de neoplasia com especificidade de possíveis órgãos de maior comprometimento (DANTAS et al., 2009; HOFF et al., 2013).

Em geral, as famílias que possuem um indivíduo com câncer devem receber as recomendações e seguimento especializado sobre os aspectos genéticos para a realização de um diagnóstico precoce, importante para a redução da

morbimortalidade e da melhoria da qualidade de vida. Portanto, a triagem genética é um método utilizado para detecção pré-sintomática e para a prevenção de doenças genéticas para que se possa iniciar um seguimento precoce, o que pode evitar ou atenuar consequências mais graves da doença. Contudo, ainda esta não é uma realidade acessível à população (PINHO,1999; DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011, HOFF et al., 2013).

Na prática clínica, verificamos que os pacientes atendidos nas instituições públicas, apresentam estadiamento avançado quando o diagnóstico é estabelecido, o que requer maior investimento para o tratamento e diminui as possibilidades de um seguimento para minimizar a possibilidade de recidiva deste câncer (DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011, HOFF et al., 2013).

Nas instituições públicas busca-se a implementação de ações vinculadas às novas tecnologias cirúrgicas como uma forma de prevenção de recidivas, o que significa realizar uma abordagem por laparotomia na maioria das situações ou em alguns casos por laparoscopia, na tentativa de maior precisão técnica cirúrgica para a ressecção total do tumor e exérese circular adjacente da musculatura abdominoperineal acessória, na primeira abordagem cirúrgica. Há que se considerar a extensão do procedimento cirúrgico que resulta em consequências mutilatórias, que dificultam a recuperação fisiológica e psicossocial pós-operatória, o que pode comprometer o estabelecimento e realização do tratamento adjuvante (DELANEY, 2009; RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

Quando o tumor primário for extinto completamente pelo tratamento cirúrgico e o paciente apresentar metástase, é possível a ressecção deste tumor secundário por cirurgia, mas muitas vezes, será necessária quimioterapia antineoplásica e/ou radioterapia (DELANEY, 2009; HOFF et al., 2013).

O tempo de sobrevivência de cinco anos é estimado entre 15% a 80% dos pacientes, sendo que o seguimento de controle oncológico pós-operatório no 3º, 6º, 12º, 18º, 24º, 36º, 48º e 60º meses e o estadiamento da lesão tumoral podem minimizar os casos de recidiva, potencializando o alcance de cura desta clientela (RIBEIRO, 2011; DELANEY, 2009; HOFF et al., 2013).

O seguimento pós-operatório do paciente com CCR deve ser realizado por toda a vida, principalmente nos primeiros dois anos após a ressecção primária, pois a possibilidade de recidiva neste período é de cerca de 80%. Isso pode também ser reforçado com os resultados de um estudo que mostrou a análise de 521 pacientes,

com média de idade de 62 anos, sendo que 302 eram mulheres, 181 apresentam câncer em colón direito, com predomínio de 457 casos com adenocarcinoma, elevada ressecção de linfonodos evidenciando invasão linfática em 267 casos. Estes resultados indicam que a ocorrência de metástase dificulta a escolha da terapia adjuvante e que o diagnóstico da doença em fase avançada diminui acentuadamente a possibilidade de cura (RIBEIRO, 2011; FONSECA et al., 2011; HOFF et al., 2013).

Outro estudo realizado em um hospital universitário com avaliação de 89 pacientes durante o período de seguimento de controle, com média de 81 meses, verificou-se que 56 pacientes não apresentaram recidiva, 33 pacientes tiveram a recorrência da doença e apenas seis apresentaram recidiva local (PINHO, FERREIRA, KLEINUBING JR, 2006).

Considerando a complexidade da assistência à saúde para esta clientela e a participação ativa da enfermagem no contexto de atendimento perioperatório, é fundamental estabelecer um planejamento de assistência, fundamentado em evidências científicas.

A nossa experiência clínica, pela proximidade com os pacientes com CCR no Grupo de Extensão na unidade de internação cirúrgica, temos constatado a alta incidência deste câncer, a situação de evolução, já em fase avançada, quando da definição do diagnóstico, além de internações e reinternações de pacientes com recidiva em hospitais terciários e as dificuldades apresentadas pelos profissionais para adequar o atendimento às necessidades dessa clientela, propomos este estudo.

Por outro lado, há escassez de produção científica sobre a assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de CCR e assim, propomos realizar Revisão Integrativa (RI) sobre esta temática. Para tanto, foi estabelecida a questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre recidiva de CCR, que poderão subsidiar o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória para esta clientela?

Quando refletimos sobre a assistência à saúde de pessoas com CCR, temos que ampliar o entendimento e o conhecimento técnico-científico para o atendimento desta clientela, com aprofundamento sobre fisiopatologia, principais fatores de risco para o seu desenvolvimento como idade acima de 50 anos; história familiar de CCR ou de outro tipo de câncer, dieta com alto teor de gordura, carne vermelha e baixo

teor de cálcio; obesidade e sedentarismo, assim como dos aspectos psicossociais do adoecimento. É importante também identificar os fatores de risco específicos para o desenvolvimento do CCR como as doenças inflamatórias intestinais, algumas condições hereditárias como Polipose Adenomatosa Familiar e Câncer Colorretal Hereditário sem Polipose. Apesar das evidências científicas, pouco tem sido incorporado à prática de saúde da população e os profissionais, muitas vezes, não utilizam estes conhecimentos na educação em saúde (OLIVEIRA et al., 2010 BRASIL, 2018a).

A ação preventiva para o CCR está aliada às mudanças de comportamentos, principalmente em relação à alimentação, com inclusão de frutas, vegetais, fibras, cálcio, diminuição de gorduras animais e bebidas alcoólicas, assim como a adoção de prática de exercícios físicos e controle da obesidade (OLIVEIRA et al., 2010, GRILLO, 2013; BRASIL, 2018a).

A alimentação pode interferir na origem da neoplasia de colón, principalmente naquelas pessoas que apresentam alta taxa de gordura, pois esta altera a microbiota bacteriana e os sais biliares, que elevam a taxa de substratos carcinogênicos na mucosa intestinal como, por exemplo, em pacientes colecistectomizados que apresentam maior incidência de CCR (TONANI, 2007; OLIVEIRA et al., 2010; RIBEIRO, 2011; HENDGES, STOLL, MORESCHI, 2013).

As ações para rastreamento do CCR incluem vários exames para a população acima de 50 anos como sangue oculto nas fezes anual ou a cada dois anos; indicação da colonoscopia em caso positivo do exame de sangue oculto das fezes; exames endoscópicos anuais para os casos de risco, além da prevenção primária educativa sobre hábitos de vida saudáveis para a população geral (TONANI, 2007).

Na Atenção Básica, muitos pacientes com queixas gastrointestinais receberam tratamentos para verminose, hemorroidas ou uma gastroenterite, sem a realização do exame proctológico, o que pode levar à evolução silenciosa do CCR, com o diagnóstico somente em fase avançada da doença (SANTOS JR, 2007; RIBEIRO, 2011).

O CCR pode se manifestar anteriormente à sintomatologia clínica, pois em muitos casos, a progressão da patologia possui relação direta com mutações gênicas, como por exemplo, àquelas detectadas com exames genéticos da proteína P53, com menor chance de sobrevivência (PINHO, 1999; SANTOS JR, 2007).

O intestino, assim como vários órgãos podem ser afetados por neoplasias, o câncer mais comum, que afeta em 95%, é o denominado adenocarcinoma, que pode iniciar-se como um tumor primário e benigno, onde mais tarde pode por extensão atingir as estruturas vizinhas, migrando para outros órgãos, principalmente fígado e pulmões, caracterizando a metástase (ANDRADE, PEREIRA, 2010; HOFF et al., 2013).

O CCR dissemina-se localmente ou à distância atingindo outros órgãos, pelas vias linfática, sanguínea, por continuidade, contiguidade ou implante do tumor (ANDRADE, PEREIRA, 2010; HOFF et al., 2013).

A disseminação linfática é a principal via para metástase, decorrente da alta vascularização linfática da parede intestinal e de sua ligação com os vasos sanguíneos. Por disseminação sanguínea ou hematogênica, ocorre à implantação de células tumorais no fígado, pulmões, com menor probabilidade para ossos, cérebro, ovários e pele (ANDRADE, PEREIRA, 2010; WEI-JIE et al., 2013).

A disseminação por continuidade pode resultar com a infiltração do tumor pela parede intestinal, por este motivo há necessidade do margeamento de segurança de 2 cm a 4 cm ao redor do tumor. A disseminação por contiguidade pode levar a invasão de órgãos vizinhos, onde ocorre uma expansão radial do tumor, o que indica a importância da ressecção cirúrgica em um único bloco, sem fragmentação. A disseminação por implante ocorre quando as células cancerígenas se instalam em outros locais do intestino em decorrência de fragmentação acidental do tumor, pois em fase avançada da doença dificulta a realização da técnica cirúrgica, o que explica recidivas em anastomoses ou surgimento de novos tumores (RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

A cirurgia consiste no tratamento primário, e para tanto, é necessário tecnicamente considerar as vias de disseminação para realizar a ressecção da parte comprometida e os linfonodos adjacentes. Após o tratamento cirúrgico são indicadas a radioterapia e a quimioterapia antineoplásica, associadas ou não, para diminuir a possibilidade de recidiva (BRASIL, 2018a).

Ainda um dos grandes desafios nas instituições hospitalares é o fato do paciente oncológico iniciar o seguimento hospitalar, sem muitas vezes ter o diagnóstico estabelecido ou quando estabelecido, este está em fase mais avançada da doença. Desta forma, a indicação da cirurgia como adjuvante, requer maior densidade tecnológica como a robótica na realização das cirurgias como a

laparoscopia para esta clientela. Contudo, o oferecimento da cirurgia laparoscópica exige algumas condições clínicas do paciente e o tumor em estadiamento precoce (ANDRADE, PEREIRA, 2010; RIBEIRO, 2011; WEI-JIE et al., 2013).

3.OBJETIVOS

Para responder à questão de pesquisa, os objetivos deste estudo são:

- Analisar as evidências científicas sobre a ocorrência de deiscência de anastomose intestinal em procedimentos cirúrgicos de laparotomia e laparoscopia em pacientes com câncer colorretal;

- Analisar as evidências científicas sobre recidiva de câncer colorretal;

- Analisar as evidências científicas sobre a assistência de enfermagem para pacientes adultos e idosos com recidiva de CCR em tratamento cirúrgico;

- Realizar a proposição da assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com recidiva de CCR, com base nas evidências científicas analisadas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Prática Baseada em Evidências e a Revisão Integrativa

A Prática Baseada em Evidências (PBE) implica na análise e aplicação de resultados de pesquisas na tomada de decisões sobre a assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A Medicina Baseada em Evidência foi introduzida no Brasil pelo Prof. Dr. Álvaro Nagib Atallah, Professor Titular e Chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica da UNIFESP, Diretor do Centro Cochrane do Brasil (CENTRO COCHRANE BRASIL, 2017).

Em 1996 foi fundado o Centro Cochrane do Brasil, um dos 13 centros de colaboração Cochrane ao redor do mundo, vinculado ao curso de pós-graduação Saúde Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que além de realizar revisões sistemáticas e pesquisa clínica, é responsável por avaliações, consultorias científicas e de tecnologias em saúde (CENTRO COCHRANE BRASIL, 2017).

O Centro Cochrane do Brasil tem produção científica comparável à de instituições similares em países europeus, funcionando como laboratório para a pesquisa e o ensino de graduação e pós-graduação. Ainda atua em parceria com núcleos acadêmicos, contribuindo com mais de duas centenas de publicações internacionais (CENTRO COCHRANE BRASIL, 2017).

A PBE tanto na medicina quanto na enfermagem, integra as descobertas científicas já existentes para subsidiar novas ideias na prática clínica, auxiliando o desenvolvimento de novas tecnologias e protocolos (POLIT, BECK, 2011).

A PBE é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde, assim como na Enfermagem. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente às situações clínicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008; EDIVANE et al., 2009).

O processo de cuidar do enfermeiro deve estar vinculado às novas tecnologias e às novas ferramentas para validar os conhecimentos adquiridos e produzir evidências que subsidiem e comprovem a efetividade das intervenções

atuais, para torná-las mais confiáveis EDIVANE et al, 2009; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; POLIT; BECK, 2011).

Na Enfermagem, a PBE envolve a definição de um problema, avaliação crítica das evidências disponíveis para implementação destas na prática assistencial, mediante análise dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente (EDIVANE et al., 2009; POLIT; BECK, 2011).

A habilidade clínica é a capacidade de utilizar conhecimentos clínicos e as experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os possíveis benefícios das intervenções propostas. A preferência do paciente sugere que seus valores, expectativas e preocupações sejam considerados na sua assistência e cabe ao profissional integrá-los na tomada de decisões clínicas. Além dessa tríade, também devem ser valorizados o conhecimento adquirido ao longo da vida e da experiência profissional e habilidades clínicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; EDIVANE et al., 2009; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Na Enfermagem, este aspecto constitui um elemento histórico, pois as ações empíricas na prática perduraram por anos e somente na década de 1950 ocorreu à incorporação de saberes de diferentes ciências para a construção de um corpo próprio de conhecimentos (POLIT; BECK, 2011).

A busca dos estudos deve ser feita em fontes primárias e secundárias. As fontes primárias são as bases de dados on-line como CINAHL, MEDLINE, EMBASE, COCHRANE LIBRARY, dentre outras. Deve-se buscar revisões sistemáticas já realizadas sobre o tema e estudos metodologicamente compatíveis para estabelecer as evidências, que possam fortalecer a prática clínica. A seleção dos artigos que fundamentará a recomendação clínica deve apresentar critérios de inclusão e de exclusão, definidos anteriormente no planejamento do estudo, para evitar viés (POLIT; BECK, 2011; CENTRO COCHRANE BRASIL, 2017).

Dentro da PBE, a revisão integrativa (RI), cujo método proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação de resultados de estudos significativos para a prática em saúde, por meio de etapas definidas e dos aspectos relevantes a serem considerados na utilização deste método de pesquisa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A RI é a mais amplo método para realizar as revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa sobre um tema em análise. Além disso, combina dados da literatura teórica e empírica, incorporando conceitos, revisão de teorias e evidências, com análise da adequação metodológica sobre um tópico específico. A ampla amostra, em conjunto com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Uma Revisão Integrativa (RI), possui as fases:

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora determina os estudos que serão incluídos, as estratégias a serem adotados para a identificação e as informações a serem coletadas de cada estudo selecionado. Desta maneira, inclui a definição dos participantes, as intervenções a serem avaliadas e os resultados a serem mensurados. Deve ser elaborada de forma clara e específica, e relacionada a um raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios, já aprendidos pelo pesquisador.

2ª Fase: busca ou a amostra na literatura científica, ampla e diversificada, contemplando bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos, as referências descritas nos estudos selecionados, além do contato com pesquisadores e a utilização de material não-publicado. Os critérios de amostragem precisam garantir a sua representatividade, para a confiabilidade e da fidedignidade dos seus resultados. Desta forma, a determinação dos critérios deve ser realizada em concordância com a pergunta norteadora, considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.

3ª Fase: a coleta de dados dos artigos selecionados deve ser realizada com a utilização de um instrumento previamente elaborado, capaz de assegurar a totalidade dos dados relevantes, minimizando o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e ainda servir como registro. Os dados prioritários a serem coletados devem ser definidos como participantes, método tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos utilizados.

4ª Fase: a análise crítica dos estudos deve avaliar o rigor e as características de cada estudo. A experiência clínica do pesquisador contribui na apuração da validade dos métodos e dos resultados, além de auxiliar na determinação de sua utilidade para a prática clínica.

Na PBE utiliza uma classificação hierárquica das evidências, segundo o delineamento da pesquisa (STILLWELL et al., 2010).

- 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;
- Nível VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas.

- 5ª Fase: discussão dos resultados, a partir da síntese e interpretação dos resultados, comparando-se os dados evidenciados na análise dos artigos. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros. Contudo, para proteger a validade da RI, o pesquisador deve salientar suas conclusões e inferências, bem como explicitar os vieses.

6ª Fase: a apresentação da revisão integrativa, deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados. Deve conter, informações pertinentes e detalhadas, baseadas em métodos contextualizados, sem omitir qualquer evidência relacionada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Utilizou-se um instrumento de coleta de dados, que contemplou a identificação do estudo, as características metodológicas e a avaliação do rigor metodológico, conforme recomendado por Ursi e Galvão (2006).

Os resultados serão apresentados com análise descritiva e utilização de figuras e quadros.

5. MATERIAIS E MÉTODO

5.1 Procedimentos para operacionalização e apresentação da RI

Considerando a escassez de produção científica sobre a temática na área da Enfermagem, foi realizada RI em três etapas, em busca de evidências científicas, sendo que a primeira se refere à deiscência de anastomose em pacientes com CCR, comparando-se as técnicas de laparoscopia e laparotomia, com o corte temporal de produção de janeiro de 2008 a dezembro de 2017. Isto se justifica pelo comprometimento da condição clínica dos pacientes com CCR, e que muitas vezes, resulta em complicações pós-operatórias. Isto poderá subsidiar o planejamento de assistência de enfermagem perioperatória. Assim, a estratégia de busca do planejamento descrita a seguir.

Para tal, realizamos as cinco etapas preconizadas por Stillwell et al. (2010) para responder à pergunta clínica com a utilização da Estratégia PICOT:

1. Identificar a estratégia PICOT, lembrando que possui os seguintes elementos: os pacientes da população (P); de intervenção (I), a intervenção de comparação de interesse (C), resultado (s) de interesse (O), e tempo que leva para a intervenção para alcançar o resultado (T).

2. Determinar o nível de evidência que melhor responde à pergunta;

3. A base de dados utilizada foi a PubMed;

4. Uso de descritores de sua pergunta PICOT;

5. Dinamizando a pesquisa com as seguintes estratégias: uso de banco de dados de vocabulário controlado ("termos MeSH"); combinado pesquisas com o conector booleano "AND"; e limitação da busca final pela seleção de parâmetros de definição ("seres humanos" ou "Inglês").

A questão definida para esta revisão integrativa foi: A ocorrência de deiscência de anastomose é menor em paciente com CCR submetido à técnica laparoscópica quando comparada à cirurgia de laparotomia?

Portanto, o objetivo foi verificar a ocorrência de deiscência de anastomose intestinal em procedimentos cirúrgicos de laparotomia e laparoscopia em pacientes com CCR.

Na construção da estratégia PICOT, o P correspondeu à Pacientes com câncer colorretal; I à Laparoscopia (abordagem cirúrgica minimamente invasiva); C à

Laparotomia (abordagem cirúrgica aberta e tradicional); O à Ocorrência de deiscência da anastomose; T ao tempo de tratamento cirúrgico (Quadro1).

Acrônimo	Definição	Descrição
P	**Paciente**	**Pacientes com câncer colorretal**
I	**Intervenção**	**Laparoscopia (abordagem cirúrgica minimamente invasiva)**
C	**Comparação**	**Laparotomia (abordagem cirúrgica aberta e tradicional)**
O	**Outcomes (Desfecho)**	**Ocorrência de deiscência da anastomose**
T	**Tempo para alcançar o resultado**	**Tempo de tratamento cirúrgico**

Quadro 1: Estratégia PICOT do estudo (STILLWELL et al., 2010)

Seguindo as recomendações da Cochrane, a mesma estratégia foi realizada por quatro pesquisadores para assegurar a exatidão na busca dos artigos científicos.

A busca obedeceu à ordem alfabética dos descritores *colorectal neoplasms, laparoscopy, laparotomy* e *anastomoticleak*, contudo com permuta não obtivemos resultados**.** Os resultados na biblioteca virtual Pubmed desenvolvido pelo National Center for Biotechnology Information (NCBI) e mantido pela National Library of Medicine dos Estados Unidos, que inclui a base de dados Medline, pertencente à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na biblioteca virtual Pubmed para cada descritor em ordem alfabética, a busca foi realizada sem a inclusão do resultado abaixo da árvore, considerando-se todos os possíveis sinônimos, além do cruzamento destes, que foram estruturados da seguinte maneira:

- "Colorectal Neoplasms"[Mesh] OR (Neoplasms, Colorectal) OR (Colorectal Neoplasm) OR (Neoplasm, Colorectal) OR (Colorectal Tumors) OR (Colorectal Tumor) OR (Tumor, Colorectal) OR (Tumors, Colorectal) OR (Colorectal Carcinoma) OR (Carcinoma, Colorectal) OR (Carcinomas, Colorectal) OR (Colorectal Carcinomas) OR (Colorectal Câncer) OR (Cancer, Colorectal) OR (Cancers, Colorectal) OR (Colorectal Cancers);

- "Laparoscopy"[Mesh] OR (Laparoscopies) OR (Celioscopy) OR (Celioscopies) OR (Peritoneoscopy) OR (Peritoneoscopies) OR (Surgical Procedures, Laparoscopic) OR (Laparoscopic Surgical Procedure) OR (Surgical Procedure, Laparoscopic) OR (Procedure, Laparoscopic Surgical) OR (Procedures, Laparoscopic Surgical) OR (Surgery, Laparoscopic) OR (Laparoscopic Surgery) OR (Laparoscopic Surgeries) OR (Surgeries, Laparoscopic) OR (Laparoscopic Surgical Procedures);
- "Laparotomy"[Mesh] OR (Laparotomies) OR (Minilaparotomy) OR (Minilaparotomies);
- "Anastomotic Leak"[Mesh] OR (Anastomotic Leaks) OR (Leak, Anastomotic) OR (Leaks, Anastomotic) OR (Anastomotic Leakage) OR (Anastomotic Leakages) OR (Leakage, Anastomotic) OR (Leakages, Anastomotic).

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: estudos disponíveis na integra, que retratavam o uso da cirurgia de laparoscopia e/ou laparotomia em pacientes com CCR, tendo como desfecho a ocorrência de deiscência de anastomose; publicados em inglês, português e espanhol.

Já os critérios de exclusão foram: estudos em formato de teses, dissertações, artigos que abordavam outras técnicas cirúrgicas como Hand Laparoscopic ou Técnica Robótica; uso de Drenagem Transanal; comparação entre instrumentos de suturas (grampeadores); comparação entre sutura com grampeamento e sutura manual; outras Patologias Intestinais (Diverticulite); utilização de Infravermelho durante a cirurgia; e testes de vazamento de rotina de anastomose.

O resultado da busca inicial totalizou 9427 artigos, com utilização de filtros: ensaios clínicos; publicações dos últimos 9 anos nos idiomas inglês, português e espanhol; em humanos, envolvendo adultos acima de 18 anos; com pré-seleção de 39 artigos científicos (Figura 1).

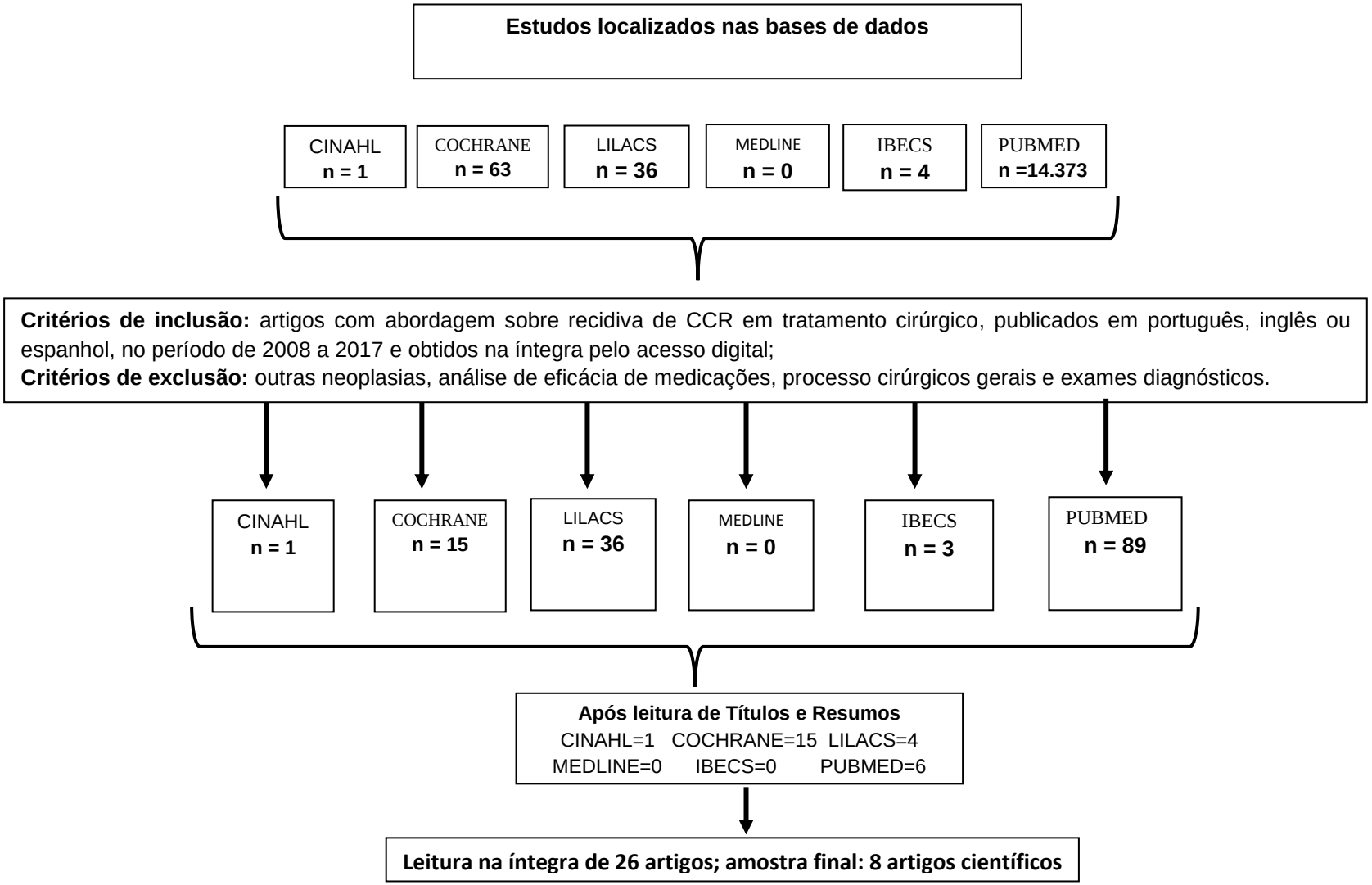

Figura 1: - Estratégia de busca de artigos científicos sobre deiscência de anastomose, nas Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018

Concomitantemente, foi realizada busca na biblioteca virtual Pubmed, com a utilização dos descritores *colorectal neoplasms, laparoscopy* e *anastomoticleak* separadamente, no qual obtivemos um total de 45 artigos. Por envolver um número menor de artigos científicos, optamos por não aplicar nenhum dos filtros, previstos nesta plataforma e procedemos à leitura de todos os títulos e resumos. As exclusões foram em decorrência do idioma (Hebraico, Chinês, Alemão e Italiano); por não contemplar os critérios estudos em seres humanos, e idade 18 anos ou mais. Posteriormente, foram realizadas leituras na íntegra dos 20 estudos, sendo a amostra final constituída por 8 artigos científicos pela pertinência para responder à questão estabelecida para esta RI, que corresponderam aos mesmos artigos encontrados na busca com a Estratégia PICOT. Portanto, com duas diferentes estratégias, chegamos a mesma seleção de artigos.

Posteriormente, com a leitura dos 39 títulos e resumos, e mediante os critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionados 20 artigos para leitura na íntegra (Figura 2).

As exclusões foram em decorrência do idioma (Hebraico, Chinês, Alemão e Italiano); por não contemplar os critérios estudos em seres humanos, e idade 18 anos ou mais. Posteriormente, foram realizadas leituras na íntegra de 20 estudos, sendo a amostra final constituída por 8 artigos científicos pela pertinência ao responder à questão estabelecida para esta RI, que corresponderam aos mesmos artigos encontrados na busca com a Estratégia PICOT. Portanto, com duas diferentes estratégias, chegamos a mesma seleção de artigos.

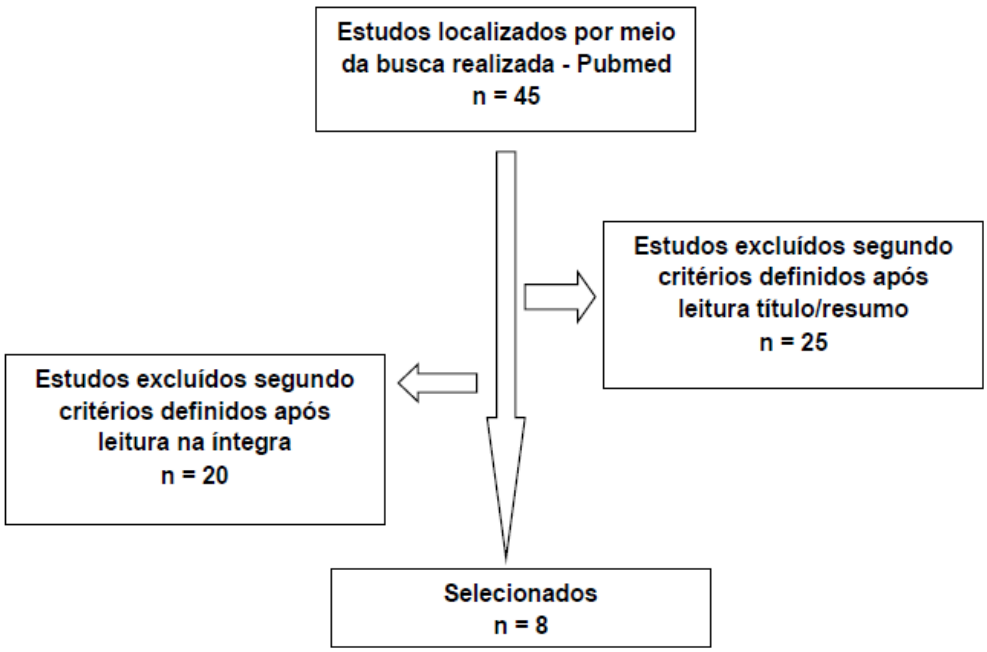

Figura 2: Estratégia de busca de artigos sobre deiscência de anastomose, com utilização de filtros da plataforma das Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018.

Como segunda etapa desta RI, foi realizada a busca de evidências científicas sobre recidiva do CCR em pacientes cirúrgicos, sendo que as etapas realizadas foram:

- Definição da questão de pesquisa: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais sobre recidiva do câncer colorretal e suas implicações para a Enfermagem?
- Descritores para a busca: *recurrence* e *colorectal neoplasm*;
- Bases de dados utilizados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca virtual COCHRANE, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS) e biblioteca virtual National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED);
- Critérios de inclusão: artigos sobre recidiva de CCR; publicações em português, inglês e espanhol, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2017; em seres humanos adultos acima de 18 anos;

- Critérios de exclusão: outras neoplasias, análise de eficácia de medicações, outras neoplasias, análise de eficácia de medicações, processo cirúrgicos gerais e exames diagnósticos.

A estratégia de busca realizada pode ser verificada na Figura 3.

A amostra final foi constituída 4 artigos científicos.

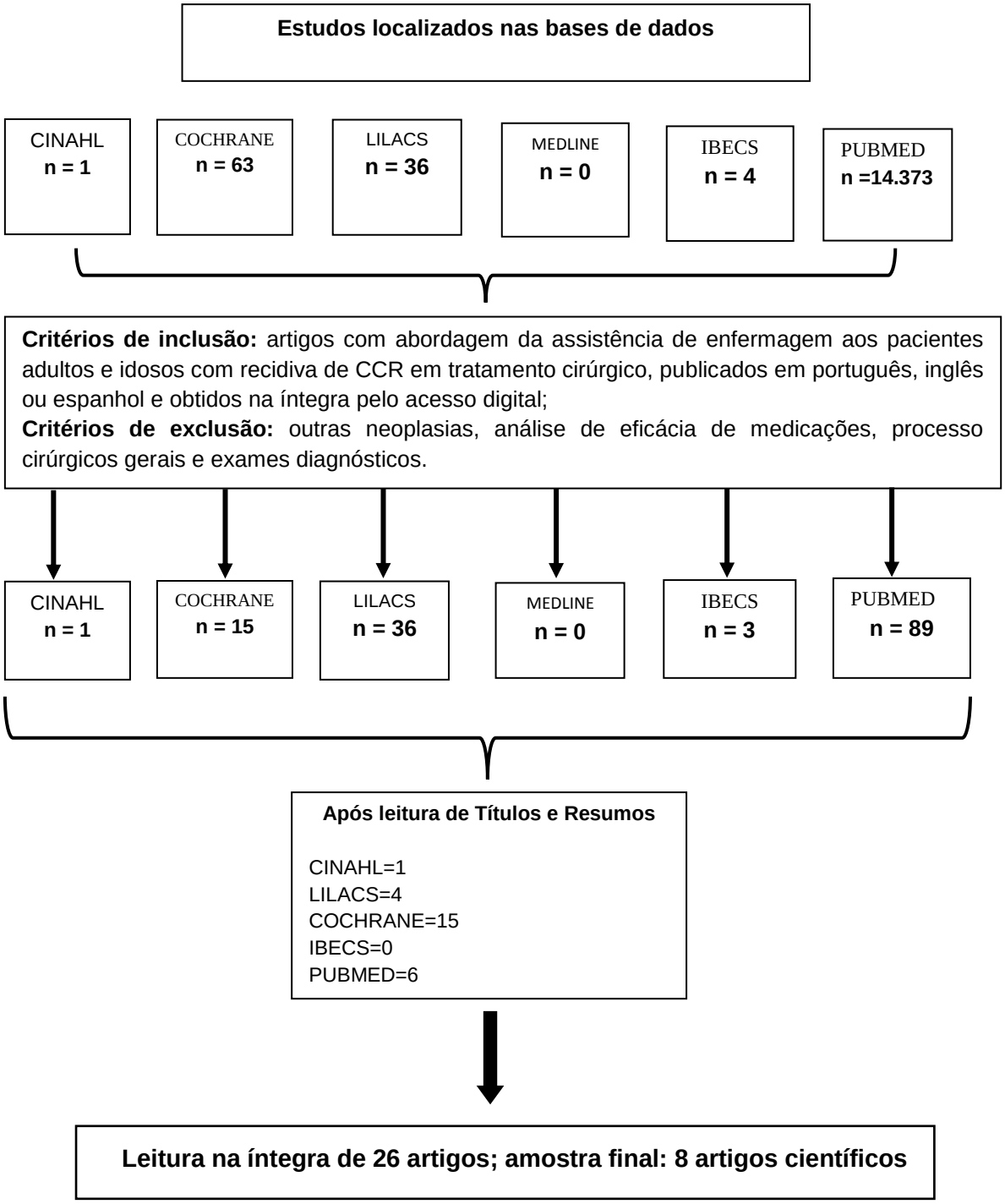

Figura 3: Estratégia de busca dos artigos científicos sobre recidiva de CCR, nas Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018

Como terceira etapa da RI, realizou-se a busca de evidências científicas sobre assistência de enfermagem aos pacientes com recidiva de CCR.

Desta forma, a pergunta formulada para esta etapa da RI foi: Qual a assistência de enfermagem recomendada pela literatura científica para pacientes adultos e idosos com recidiva de CCR?

Os critérios de inclusão dos estudos nesta revisão integrativa foram artigos com abordagem da assistência de enfermagem aos pacientes adultos e idosos com recidiva de CCR em tratamento cirúrgico, indexados nas bases de dados Medline, LILACS e portal virtual PUBMED, publicados em português, inglês ou espanhol e obtidos na íntegra pelo acesso digital, via Biblioteca Central da Universidade de São Paulo (Campus Ribeirão Preto). O critério de exclusão estabelecido foi estudo em formato de monografia, dissertação ou tese.

A busca em todas as bases de dados foi realizada a partir dos descritores *colorectal neoplasms, recurrence e nursing*, com atualizada da busca em dezembro de 2018. A busca na base de dados eletrônica MEDLINE resultou em 35 artigos científicos, que após leitura dos títulos e resumos e concordância com os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, foram pré-selecionados sete (7) artigos científicos e descartados 28, sendo que 11 não abordavam especificamente a temática deste estudo, três (3) não constituíam tipo de produção de nosso interesse e três (3) por publicação em idiomas não pertences aos critérios deste estudo e oito (8) por constituírem publicações anteriores ao ano de 2000. Após a leitura na íntegra dos sete (7) pré-selecionados, cinco (5) publicações foram selecionadas.

Na busca na base de dados LILACS, não encontramos nenhuma produção com os descritores definidos para a busca neste estudo.

Na busca na biblioteca virtual PUBMED, obtivemos 33 artigos, sendo que 32 produções já haviam sido identificadas e avaliadas na busca da base de dados MEDLINE, e assim foram seis (6) pré-selecionados. Contudo, considerando a duplicação de cinco (5) artigos científicos nas buscas Medline e portal Pubmed, somente um (1) artigo científico novo foi pré-selecionado, contemplava todos os critérios estabelecidos neste estudo. Portanto, a amostra final deste estudo foi constituída por seis (6) artigos científicos.

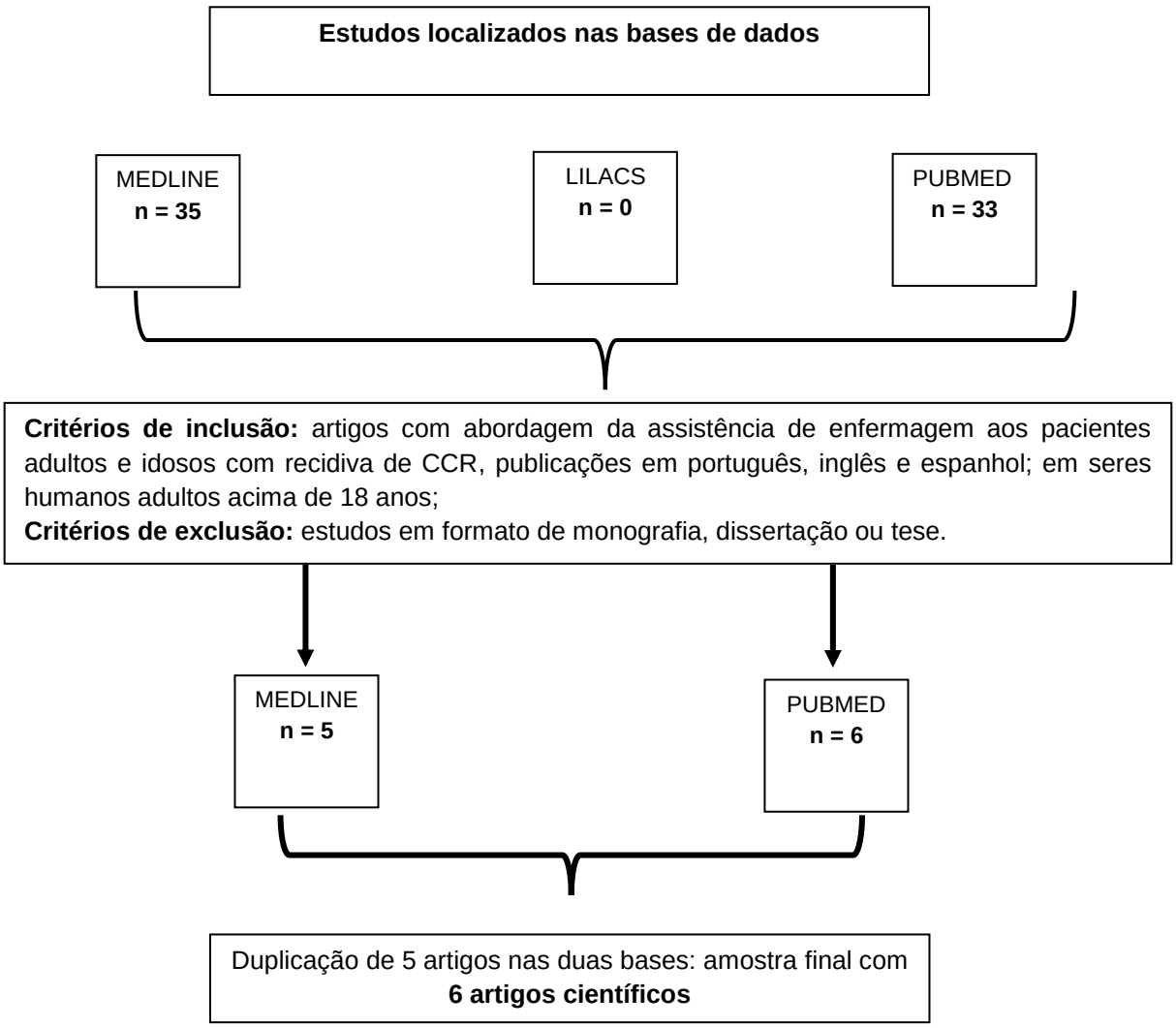

Figura 4: Estratégia de busca dos artigos científicos sobre assistência de enfermagem ao paciente com CCR, nas Bases de dados. Ribeirão Preto, 2018

No próximo capítulo serão apresentados os resultados das três etapas da RI, assim como discussão para a proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com CCR.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Resultados

Os resultados desta RI serão apresentados sequencialmente, a primeira etapa sobre as evidências em relação à deiscência de anastomose de duas técnicas cirúrgicas, a Laparotomia e a Laparoscopia; a segunda etapa sobre as evidências sobre recidiva de CCR, posteriormente a terceira etapa, com as evidências científicas sobre assistência de enfermagem aos pacientes com recidiva de CCR.

Serão realizadas discussões sobre os resultados da análise destas evidências, com proposição da assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de CCR.

6.1.1 RI sobre deiscência de anastomose em Laparotomia e Laparoscopia

Obtivemos uma amostra de oito (8) estudos, conforme pode ser verificado no Quadro 2. Em relação ao nível de evidência, obtivemos seis (6) artigos científicos com delineamento quantitativo descritivo/coorte com nível VI; e dois (2) ensaio clínico randomizado, o que corresponde ao nível II.

Deste total, quatro (4) artigos científicos, foram publicados respectivamente, com uma produção nos periódicos Archives of Surgery; Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques; Lancet Oncologic; e The American Journal of Surgery. Além disso, obtivemos duas publicações em cada um dos periódicos Surgery Endoscopy e Colorectal Disease.

Todas as publicações foram em inglês, sendo que um (1) artigo foi publicado em 2008, dois (2) em 2011 e cinco (5) foram publicados em 2012.

Autor/ano/Nível de Evidência	Periódico	Resultados	Implicações para a Enfermagem
SUDING et al. (2008) Estudo Descritivo (IV)	Arch Surgery	Dos 672 pacientes que realizaram Laparotomia, 3,6% tiveram deiscência de anastomose.	Habilidades técnica e científica diante dos cuidados do paciente pré e pós cirúrgico de Laparotomia.
MIAYJIMA et al. (2011) Estudo Descritivo (IV)	Surgery Endoscopy	Dos 1057 pacientes, 235 (22,2%) apresentaram complicações, dentre elas, deiscência de anastomose ocorreu em 84 pacientes (9,1), conclui-se que a cirurgia laparoscópica é segura	Conhecimentos técnicos científicos voltados as possíveis complicações não somente as da laparoscopia.
BIONDO et al. (2012) Estudo Descritivo (IV)	Colorectal Disease	A abordagem cirúrgica laparoscópica ou aberta é fator de risco para infecção em ferida ou no espaço de órgãos, pois foram diagnosticados em 8,9% e 10%, respectivamente, no total de pacientes. A taxa global de deiscência de anastomose foi de 8%	Conhecimentos técnicos e científicos sobre o processo infeccioso hospitalar, bem como adesão ao trabalho multidisciplinar da Comissão de Infecção Hospitalar
LIANG et al. (2011) Estudo Randomizado Controlado (II)	Journal of Laparoendoscopic& Advanced Surgical Techniques	Dos 343 pacientes:169 submetidos a Laparoscopia e 174 a Laparotomia. O tempo (em dias) de recuperação aos pacientes que realizaram Laparotomia foi menor que 1. Evacuação: 0,63 dias, 2.Movimentos intestinais: 0,32 dias, 3.Retomada de Ingesta Hídrica: 0,33 dias, 4.Atividades fora leito: 0,63 dias. Não houve diferenças em relação à deiscência de anastomose. A cirurgia laparoscópica é tão segura como a tradicional	Conhecimentos técnicos e científicos pré e pós cirúrgicos, assistência a retomada das atividades de vida diária, fazer parte do processo de ensino e aprendizagem diante na nova condição de vida dos pacientes
FUJITA (2012) Estudo Randomizado Controlado (II)	Lancet Oncologic	A excisão do mesorreto com dissecção de linfonodos laterais requer maior tempo cirúrgico e maior perda sanguínea que a excisão do mesorreto simples. As complicações pós-operatória mais comuns foram deiscência de anastomose 18 (6%) em pacientes com excisão mesorreto lateral e remoção ganglionar; e no grupo sem remoção, ocorreu em 13 (5%) pacientes. Laparotomia: Ressecção anterior baixa 284 (81%) 284 (81%) Ressecção Abdominoperineal 66 (19%) 64 (18%) Processo de Hartmann 1 (<1%) 2 (<1%). A dissecção	Habilidades, conhecimentos perioperatórios e tecnologias cirúrgicas, além de possíveis complicações mutilatórias ou não, incontinência anal, ensino das melhores ferramentas para retorno das atividades de vida diária.

		ganglionar lateral não é um procedimento cirúrgico altamente invasivo	
FUJII et al. (2012) Estudo de Coorte (IV)	Surgery Endoscopy	Cirurgia laparoscópica é viável e segura para pacientes com câncer retal, com resultados de curto prazo e médio prazo. De 77 pacientes (15,6%) que realizaram Laparoscopia, 2 pacientes (2,6%) deiscência de anastomose	Habilidades, conhecimentos perioperatórios e tecnologias cirúrgicas, além de possíveis complicações, mutilatórias ou não, incontinência anal, ensino das melhores ferramentas para retorno das atividades de vida diária.
KRARUP et al. (2012) Estudo de Coorte (IV)	Colorectal Disease	Deiscência de anastomose ocorreu em 593 (6,4%) de 9333 pacientes, taxa relativamente elevada, que indica a necessidade de maiores avaliações da técnica laparoscópica	Habilidades, conhecimentos perioperatórios e tecnologias cirúrgicas, além de possíveis complicações, mutilatórias ou não, incontinência anal, ensino das melhores ferramentas para retorno das atividades de vida diária.
MASOOMI et al.(2012) Estudo Descritivo (IV)	The American Journal of Surgery	Dos 1180 pacientes que realizaram anastomose por compressão, apenas 3,22% (38) pacientes apresentaram deiscência de anastomose, onde 3,25% por laparoscopia e 3,18 por aberta, não havendo diferença significativa.	Habilidades, conhecimentos perioperatórios para desenvolver o ensino aprendizagem, aos pacientes para retomada de atividades de vida diária e com adoção de medidas para redução da ISC.

Quadro 2: Amostra de estudos sobre deiscência em anastomose em cirurgias de pacientes com CCR, segundo delineamento, periódico e ano de publicação, resultados e as implicações para Enfermagem. Ribeirão Preto, 2018

Mediante esta revisão podemos concluir que as novas técnicas cirúrgicas, ou cirurgias existentes, porém adaptadas, suplementações com cálcio, terapias farmacológicas com aspirina, terapias combinadas como radioterapia, e exames de imagem pré e intraoperatórios, exames de detecção de células tumorais, iodoterapia, quimioterapia, relação da fisiopatologia de Diabete Mellitus com CCR, protocolos institucionais de retorno e seguimento, auxiliaram na análise da ocorrência de recidiva do CCR, bem como na mortalidade e na análise de sobrevida (BIONDO et al., 2012; FUJII et al., 2012; FUJITA et al., 2012; KRARUP et al., 2012; LIANG et al., 2011; MASOOMI et al., 2012; MIYAJIMA et al., 2009; SUDING et al., 2008).

Não foram identificados estudos sobre as intervenções de enfermagem para esta clientela. Assim, tecemos as seguintes considerações sobre as implicações das evidências analisadas (BIONDO et al., 2012; FUJII et al., 2012; FUJITA et al., 2012; KRARUP et al., 2012; LIANG et al., 2011; MASOOMI et al., 2012; MIYAJIMA et al., 2009; SUDING et al., 2008).

A abordagem deste tema tem sido realizada por psicólogos e cirurgiões, principalmente no que se refere à comparação da eficácia de diferentes tratamentos na redução de recidivas. Os sentimentos de incertezas do paciente oncológico, bem como a ansiedade e o medo de uma recidiva, influenciam negativamente na sua reabilitação e na qualidade de vida. Poucos são os estudos sobre a recidiva do CCR com uma abordagem interdisciplinar, e em especial na área de enfermagem, há lacunas de conhecimentos sobre os aspectos psicossociais do câncer e dos tratamentos, durante o seguimento de controle da doença, para subsidiar o planejamento da assistência especializada ao paciente oncológico (BIONDO et al., 2012; FUJII et al., 2012; FUJITA et al., 2012; KRARUP et al., 2012; LIANG et al., 2011; MASOOMI et al., 2012; MIYAJIMA et al., 2009; SUDING et al., 2008).

Não foi identificado nenhum estudo sobre a influência do preparo colônico na ocorrência de complicações pós-operatórias (BIONDO et al., 2012; FUJII et al., 2012; FUJITA et al., 2012; KRARUP et al., 2012; LIANG et al., 2011; MASOOMI et al., 2012; MIYAJIMA et al., 2009; SUDING et al., 2008).

6.1.2 RI sobre recidiva de CCR

Apresentaremos a seguir as evidências científicas sobre recidiva de CCR, no Quadro 3.

Autor/ano e Nível de Evidência	Objetivo	Método	Resultados	Conclusão
CAMPOS et al. (2001) (IV)	Analisar a morbimortalidade e recidiva de CCR	Relato multicêntrico de 14 equipes brasileiras em cirurgia laparoscópica colorretal, entre 1992 a 2001, com total de 1843 pacientes	Doenças benignas têm tido maior indicação (60%), principalmente pela doença diverticular e megacólon chagásico, onde a taxa geral de recidiva é de 0,5%	Cirurgia laparoscópica trouxe baixo índice de recidiva de 0,5%, o que pode estar relacionado aos pacientes com CCR benigno
MUSSNICH et al. (2008) (IV)	Avaliar a sobrevida e fatores clínicos relacionados ao adenocarcinoma de reto	Análise retrospectiva de 112 prontuários de pacientes com adenocarcinoma de reto, com utilização da Classificação de Dukes para diferenciação tumoral	Sobrevida em 5 anos foi de 51%; 57% apresentaram recidiva com tumor de reto médio/distal; 40% faleceram; 14 pacientes em estágio D; 68% dos tumores com extensão aos tecidos perineais; e 67% com linfonodos positivos	Risco aumentado para óbito em pacientes com estágio avançado o prognóstico está relacionado ao estadiamento tumoral; pior prognóstico para àqueles com om metástases e recidiva com maior risco de óbito em relação àqueles sem recidiva
LOGAN et al. (2008) (II)	Estabelecer correlação entre uso de aspirina (300 mg/dia) e de suplementação de folato (o,5 mg/dia) e a ocorrência de adenoma	Estudo multicêntrico, ensaio clínico randomizado, duplo-cego, com 945 pacientes	Do total de 945 pacientes, 853 (90,3%) realizaram segunda colonoscopia, sendo que 99 (22,8%) dos 434 pacientes que receberam aspirina apresentaram um adenoma recorrente em comparação com 121 (28,9%) de 419 pacientes recebendo placebo. Um total de 104 pacientes desenvolveram um adenoma colorretal avançado; 41 (9,4%) destes estavam no grupo aspirina e 63 (15,0%) estavam no grupo placebo	A suplementação de folato não foi correlacionada com a recorrência de adenoma. Concluiu-se que o uso da aspirina (300 mg/dia) reduziu a recorrência de adenoma, mas o uso de folato (0,5 mg/dia) não reduziu este risco
ENRÍQUEZ-NAVASCUÉS et al. (2011) (IV)	Avaliar associação de cirurgias na diminuição de recidivas de CCR	Análise de diferentes abordagens cirúrgicas em associação e as taxas de recidiva, no período de 1968 a 2005	Evolução da técnica de Excisão do Mesorreto associada à remoção de linfonodos (6,2%) radioterapia intraoperatória 10% quimioterapia adjuvante (8%)	Terapias combinadas podem postergar recidivas de CCR, mas recidivas estão associadas ao estadiamento tumoral avançado

Quadro 3: Amostra do estudo sobre recidiva de CCR segundo autor e ano de publicação, objetivo, método, resultados e as implicações para Enfermagem. Ribeirão Preto, 2018

A amostra final desta etapa da RI (**Quadro 3**) foi constituída por quatro (4) artigos científicos, sendo que dois (2) foram publicados em português, dois (2) em inglês. Os países de origem desta produção foram Brasil com dois (2) artigos; Espanha e China, respectivamente cada país com (1) artigo científico.

Desta amostra, dois (2) artigos foram publicados nos anos de 2008 e um (1) artigo, respectivamente, em cada um dos anos de 2001 e 2011.

Em relação aos periódicos de publicação verificamos dois (2) artigos na Revista Brasileira de Coloproctologia (Rev bras Coloproct), além de um artigo científico, respectivamente no Gastroenterology e Colorectal Disease.

Em relação ao nível de evidência, obtivemos três (3) artigos científicos com delineamento quantitativo descritivo com nível IV; e um (1) ensaio clínico randomizado, o que corresponde ao nível II. Portanto, além de pouca produção, apresentam nível de evidência pouco fortes.

Ao analisarmos a amostra deste estudo, constatamos que nestes três artigos científicos, os autores abordaram os aspectos clínicos e terapêuticos de pacientes com CCR, vinculando procedimentos cirúrgicos e prognósticos (CAMPOS et al., 2001; MUSSNICH et al., 2008; ENRÍQUEZ-NAVASCUÉS et al., 2011). Por outro lado, um artigo científico abordou os aspectos que podem favorecer a prevenção de CCR (LOGAN et al., 2008).

Para favorecer a discussão sobre a recorrência/recidiva em pacientes com CCR, descrevemos cada um dos estudos analisados.

Estudo multicêntrico analisou a morbimortalidade e recidiva do CCR com participação de 14 equipes brasileiras de cirurgia laparoscópica colorretal. No período de 1992 a 2001, totalizando de 1843 pacientes, sendo 896 (48,6%) homens e 947 (51,4%) mulheres, com idades entre um (1) ano a 94 anos, com média de 56,4 anos. Em 1109 (60,2%) pacientes os diagnósticos eram de doenças benignas como Doença diverticular e Megacólon chagásico. A taxa geral de recidiva foi de 0,5% na incisão cirúrgica laparoscópica (CAMPOS et al., 2001).

Estudo de análise retrospectiva de 112 prontuários de pacientes com adenocarcinoma de reto avaliou a sobrevida e os fatores clínico-patológicos relacionados à doença como: idade, sexo, antígeno carcinoembrionário (CEA), curabilidade da cirurgia, seguimento, recidiva, sobrevida e histopatologia do tumor. O seguimento dos pacientes foi avaliado através dos exames de estadiamento disponíveis nos prontuários (radiografia de tórax, ecografia ou tomografia abdominal,

dosagem sérica de CEA e endoscopia digestiva baixa – retossigmoidoscopia ou colonoscopia), ou através do contato com os próprios pacientes ou seus familiares.

Os pacientes com doença metastática no momento do diagnóstico foram excluídos da análise de recidiva. A diferenciação tumoral indica risco aumentado para óbito em pacientes com estágio avançado. Os fatores prognósticos estão relacionados com os níveis de estadiamento do tumor, pior prognóstico, os pacientes com metástases e recidiva, e os pacientes com recidiva apresentaram risco significativo de óbito em relação àqueles sem recidiva (MUSSNICH et al., 2008).

Estudo sobre as diferentes abordagens cirúrgicas, com ou sem associação com outras terapêuticas, e as taxas de recidiva. No período de 1968 a 2005, diferentes abordagens cirúrgicas foram utilizadas para combater o CCR, na tentativa de minimizar ou reduzir a recidiva local. Contudo na análise dos resultados destas terapêuticas não houve diferença estatisticamente significantes em relação à recorrência do local, com ou sem associação com terapias neoadjuvantes como a radioterapia de curto prazo ou de longo curso e quimioterapia para linfadenectomia prolongada. Foram observados pacientes ocidentais e asiáticos, no entanto, não houve diferença em relação ao mecanismo de ocorrência de recidiva (ENRÍQUEZ-NAVASCUÉS et al., 2011).

Com a análise destes estudos identificamos que a laparoscopia apesar de suas vantagens a sua indicação é realizada em situações de menor gravidade (CAMPOS et al., 2001) e que para a realização dos prognósticos são considerados os níveis de estadiamento do tumor, sendo que àqueles com pior prognóstico e metástases ou recidivas apresentam maior risco de óbito, em comparação àqueles sem recidiva (MUSSNICH et al., 2008). Por outro lado, tem sido realizado estudos sobre a prevenção de recidiva de CCR com o uso de aspirina (GAO et al., 2008) ou suplementação com folato, contudo os resultados são pouco consistentes, o que indica a necessidade de mais estudos no futuro (LOGAN et al., 2008).

Ressaltamos que não encontramos nenhum estudo que tenha abordado o aspecto psicossocial da recidiva nos pacientes com CCR, o que indica lacuna de conhecimento sobre esta temática.

6.1.3 RI sobre assistência de enfermagem aos pacientes com CCR

Apresentaremos a terceira etapa da RI, que se refere à análise das evidências científicas sobre assistência de enfermagem aos pacientes com CCR. A síntese da amostra deste estudo pode ser verificada no Quadro 4.

Autor	Periódico	Tipo de estudo/nível de Evidência	Objetivo	Resultados	Tema
Faul et al. (2012)	J. Psychosoc Oncol	Qualitativo Descritivo VI	Analisar a perspectiva de pacientes com câncer colorretal e de profissionais de saúde sobre um programa de sobrevivência individualizado após tratamento primário	O plano de cuidados para a sobrevivência deve sintetizar informações sobre diagnóstico, tratamentos realizados, efeitos adversos e recomendações para vigilância, gereciamento de tratamento e monitoramento de potenciais efeitos tardios, prevenção e promoção da saúde, e definição do médico responsável pelo seguimento	**Programa de sobrevivência oncológica**
Strand et al. (2011)	Colorectal dis.	Quantitativo Randomizado II	Comparar a satisfação de pacientes com CCR em relação aos recursos assistenciais com seguimento de controle oncológico realizado por um cirurgião e por uma enfermeira especialista	A satisfação do paciente foi igualmente elevada para o enfermeiro especialista como para o cirurgião colorretal. No seguimento realizado pela enfermeira detectaram-se outras comorbidades e recidivas, assim como favoreceu a manutenção do seguimento	**Satisfação do paciente com a assistência oncológica**
Jeyarajah et al. (2011)	Colorectal dis.	Quantitativo Descritivo VI	Avaliar a eficácia clínica e custo de um protocolo de seguimento realizado por enfermeiras especialistas	Protocolo mutidisciplinar de seguimento para pacientes com baixo risco e alto risco de recidiva; intercorrências (30%) e sobrevivência de 5 anos (80%); tomografia mais sensível na detecção de recidivas	**Programa de sobrevivência oncológica**
Armes et al. (2009)	J. Clin Oncol.	Quantitativo Descritivo VI	Estimar prevalência e gravidade da autopercepção de pacientes sobre necessidades de suporte profissional e identificar preditores de necessidade não atendida, no final do tratamento e após 6 meses	Preditores estatisticamente significantes para necessidades não satisfeitas foram não recebimento de medicamento para tratamento, desânimo e a identificação do adoecimento oncológico como experiência significativa	**Programa de sobrevivência oncológica**
DeFrank et al. (2007)	Oncol. Nurs Forum	Quantitativo Descritivo VI	Explorar os fatores assistenciais e psicossociais associados à insatisfação com a imagem corporal entre homens e mulheres com câncer	recidiva de câncer, ter vários tipos de câncer ou metástase foi preditor para a insatisfação com a imagem corporal (IM) para mulheres e homens com câncer de próstata expressaram IM positiva. IM não teve associação com idade, tempo de diagnóstico ou tratamento realizado para ambos os sexos	**Satisfação do paciente com a assistência oncológica**
Lee et al. (2006)	Oncol. Nurs Forum	Qualitativo Descritivo VI	estabelecer o significado e as estratégias de enfrentamento do paciente oncológico por meio de uma intervenção psicoemocional individualizada	18 pacientes participaram da intervenção psicológica individualizada que melhorou a autoestima e sensação de segurança para enfrentar a incerteza do câncer	**Programa de sobrevivência oncológica**

Quadro 4: Amostra do estudo sobre Assistência de Enfermagem Perioperatória aos pacientes com recidiva de CCR segundo autor e ano de publicação, periódico, nível de evidência, objetivo, resultados e tema. Ribeirão Preto, 2018.

Todos os seis (6) artigos científicos foram publicados em inglês.

No que se refere ao nível de evidência, verificou-se que cinco (5) estudos apresentavam nível VI (evidências derivadas de um único estudo descritivo quantitativo ou qualitativo) e um (1) nível II (evidências derivadas de ensaio clínico randomizado controlado bem delineado) (STILLWELL et al., 2010; MELNYK, FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

As publicações foram realizadas no ano de 2011 com dois (2) artigos, e para os anos de 2006, 2007, 2009 e 2012 verificou-se publicação de um (1) artigo, respectivamente.

A amostra deste estudo foi categorizada em dois temas: **Programa de sobrevivência oncológica** e **Satisfação do paciente com a assistência oncológica**.

Os estudos categorizados no tema **"Programa de sobrevivência oncológica"** são de autoria de Faul et al. (2012); Jeyarajah et al. (2011); Armes et al. (2009) e Lee et al. (2006).

No estudo qualitativo descritivo de Faul et al. (2012) analisou-se a perspectiva de pacientes com CCR sobre um programa de sobrevivência individualizado, após tratamento cirúrgico primário. Os resultados indicaram que um programa individualizado e sistematizado pode favorecer e melhorar a assistência aos pacientes após tratamento cirúrgico, com fornecimento de informações sobre diagnóstico, síntese do tratamento oncológico com detalhamento sobre estadiamento, tratamentos realizados e seus efeitos adversos, seguimento de controle realizado na instituição hospitalar e as recomendações de exames especializados durante o seguimento pós-operatório, gerenciamento e monitoramento dos possíveis efeitos adversos em decorrências de outras terapêuticas ou efeitos tardios, além da prevenção e promoção da saúde e definição do médico responsável pelo seguimento. Todos os sobreviventes mostraram-se satisfeitos com o seguimento realizado, principalmente com o resumo de informações abrangente sobre seu tratamento e o "roteiro" sobre o que eles poderiam esperar do seguimento (nível de evidência VI).

Jeyarajah et al. (2011) realizaram um estudo quantitativo descritivo, no qual analisaram a eficácia clínica e os custos de um seguimento de controle oncológico de 193 pacientes com CCR, com dois tipos de protocolos, um para pacientes com baixo risco (seguimento por três anos com consultas trimestrais no primeiro ano e

semestrais no segundo ano, realização da dosagem do hormônio embriocarcinogênico (CEA), tomografia computadorizada (CT) e colonoscopia a cada três anos e para aqueles com diagnóstico de câncer retal, o exame de sigmoidoscopia a cada três anos) e o protocolo para pacientes de alto risco (seguimento por 5 anos com consultas trimestrais no primeiro ano, semestrais até completar cinco anos, CEA para a cada consulta, tomografia computadorizada a cada seis meses nos primeiros 3 anos e anualmente até completar 5 anos, e para pacientes com câncer retal, o exame de sigmoidoscopia no primeiro ano). Os resultados indicaram que 97% dos pacientes haviam sido submetidos ao tratamento cirúrgico curativo, 2,6% estavam em tratamento paliativo, 21% tiveram recidiva da doença. O tempo de sobrevivência de 5 anos ocorreu em 80% dos pacientes e as intercorrências ocorreram em 30% dos pacientes durante o seguimento de 5 anos. O seguimento foi realizado por enfermeiras especialistas, com indicação de eficiência no seguimento, tanto sob o ponto de vista clínico como de custo financeiro. Recomendaram este protocolo de seguimento de controle, com realização de CT por ter sido mais eficiente na detecção de recidiva tumoral. O custo por paciente de baixo risco durante 3 anos de seguimento para câncer retal (£ 1.506)e para câncer colônico (£ 1.179); custo por paciente de maior risco para câncer retal (£1814) e para câncer colônico (£ 1.487); (nível de evidência VI).

No estudo de Armes et al. (2009) estimou-se a prevalência e gravidade da autopercepção das necessidades de suporte profissional de pacientes na fase pós-operatório e com a regressão logística revelou-se vários preditores estatisticamente significantes para necessidades não satisfeitas, incluindo-se o não recebimento de medicamento para tratamento, o desânimo, a identificação do adoecimento oncológico como experiência significativa. Dos 1425 participantes do estudo, 944 relataram necessidadesnão satisfeitas no final do tratamento cirúrgico e que estas aumentaram após 6 meses do término do tratamento, sendo vinculadas aos sentimentos de medo da recidiva do câncer, necessidade de informações sobre reabilitação, gerenciamento de cuidados e de seguimento de controle oncológico, além dos efeitos adversos tardios. Recomenda-se a elaboração de planosde cuidados individualizados, com base nas necessidades dos pacientes para a melhoria da qualidade da assistência durante o seguimento de controle cirúrgico oncológico (nível de evidência VI).

Lee et al. (2006) desenvolveram uma intervenção estruturada e individualizada para estabelecer o significado e as estratégias de enfrentamento do paciente oncológico, em um estudo descritivo, com etapas distintas (qualitativa e quantitativa), no qual foi discutido sobre os eventos ocorridos após o diagnóstico oncológico, a capacidade de gerenciamento do paciente em relação à incerteza durante o adoecimento e tratamento oncológico e o enfrentamento favorável para equilibrar asperdas inevitáveis ou negativos, em decorrência do comprometimento físico e psicossocial pela doença. A autoestima diminuiu após o diagnóstico oncológico e durante a quimioterapia antineoplásica. Os participantes relataram maior autoeficácia após a partcipação da intervenção psicológica, o que indica a necessidade de estudos de intervençãocontrolados para estabelecer resultados conclusivos (nível de evidência VI).

Neste tema evidenciou-se a importância de um programa de sobrevivência para os pacientes após o tratamento primário, em geral o tratamento cirúrgico, com identificação de demanda de necessidades dos pacientes durante o seguimento oncológico pelos profissionais da saúde, que podem devem ser abordadas e incluídas no planejamento da assistência a esta clientela (FAUL et al., 2012; JEYARAJAh et al., 2011; ARMES et al., 2009; LEE et al., 2006).

Os estudos analisados não incluíram os familiares e cuidadores, que merecem serem abordados em estudos futuros, pois estes são fundamentais no oferecimento de apoio emocional e de cuidados domiciliários ao longo do tratamento oncológico.

Em relação ao contexto brasileiro não encontramos nenhuma produção científica nesta RI, o que indica o grande desafio na assistência ao paciente com recidiva de CCR e ampliação da abordagem sobre sobrevivência oncológica.

Os estudos categorizados no tema **“Satisfação do paciente com a assistência oncológica”** são de autoria de Strand et al. (2011) e de De Frank et al. (2007).

No estudo randomizado de Strand et al. (2011) comparou a satisfação do paciente em relação à utilização de recursos assistenciais à saúde por grupo de pacientes com CCR em pós-operatório que realizou seguimento de controle oncológico com um cirurgião e outro grupo de pacientes com seguimento com uma enfermeira especialista. Identificou-se que a satisfação do paciente foi igualmente elevada com o seguimento realizado pelos dois profissionais, contudo o vínculo

criado pela enfermeira foi mais efetivo para estimular os pacientes para a manutenção do seguimento, assim como detecção de outras comorbidades não diagnosticadas até aquele seguimento. Apesar de maiores custos pela realização de exames como raios-X e exames laboratoriais com este tipo de protocolo de seguimento, aquele realizado pela enfermeira especialista mostrou-se eficiente para a detecção precoce de recidivas e esta profissional foi importante por constituir o elo de integração do paciente com cirurgião, conseguindo otimizar e priorizar consultas e procedimentos quando necessários durante o controle oncológico pós-operatório. Neste serviço por ter um protocolo multidisciplinar, a enfemeira especialista solicitava exames e agendava as consultas com o médico para checagem destes, o que otimizava o seguimento oncológico. Comparativamente, os custos globais não tiveram nenhuma diferença estatisticamente significante. Os autores recomendaram que outros profissionais da saúde também poderão ser capacitados e assim poderão contribuir na melhoria do seguimento desta clientela (nível de evidência II).

De Frank et al. (2007) analisaram, em um estudo descritivo quantitativo, a associação de fatores assistenciais de saúde e psicossociais com insatisfação com a imagemcorporal entre 165 homens e 234 mulheres com diferentes tipos de câncer. Os resultados evidenciaram que homens sobreviventes do câncer de próstata eram mais propensos a expressar uma imagem corporal positiva em relação aos outros homens, que tiveramoutros tipos de câncer. Por outro lado, ter recidiva de câncer, ter vários tipos de câncer ou câncer metastático foi o mais forte preditor para a insatisfação com a imagem corporal para os sobreviventesdo sexo feminino. Para ambos os sexos, a imagem corporal não foi associada à idade, tempo decorrido após o diagnóstico ou o tipo de tratamento realizado (nível de evidência VI).

Com a análise de estudos deste tema, verificamos a importância da inclusão da demanda de necessidades dos pacientes, principalmente no que se refere às reações psicossociais ao adoecimento e ao tratamento oncológico, assim como ao enfrentamento de sentimentos como o medo e a incerteza da recidiva, dos tratamentos adjuvantes (quimioterapia antineoplásica e radioterapia) e seus efeitos adversos ao longo do seguimento de controle ambulatorial, além da diversidade de reações vinculadas ao gênero (STRAND et al., 2011; DE FRANK et al., 2007).

6.2 Discussão

Na assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com CCR incluem-se a demarcação do local do estoma pelo estomaterapeuta ou enfermeiro capacitado, ensino pré-operatório ao paciente e familiar em relação à cirurgia e suas consequências, anestesia, preparo colônico e minimização de ansiedade e medo do tratamento, assim como no período pós-operatório a retomada do ensino do autocuidado com a estomia intestinal e troca de equipamentos coletores e identificação de lesões de pele e periestoma, além do preparo do familiar para o cuidado no domicílio e encaminhamento ao Programa de Ostomizados para cadastramento para aquisição de equipamentos coletores (LENZA et al., 2013; DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009).

A assistência de enfermagem aos pacientes oncológicos envolve questões físicas e psicoemocionais. Enfermeiros são profissionais fundamentais para oferecer este tipo de cuidado, mas para realizar seu trabalho e alcançar os resultados esperados, necessitam de conhecimentos técnico-científicos e também de habilidades interpessoais para oferecer o suporte emocional adequado às necessidades individuais, respeitando-se atitudes e crenças culturais dos pacientes. Uma fonte de estresse para enfermeiros que cuidam destes pacientes está associada ao oferecimento de suporte emocional aos pacientes e seus familiares (WATTS, 2010; DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009; CORBEIL, 2009).

É de extrema importância que o paciente com CCR seja acompanhado periodicamente após o processo cirúrgico, desta forma é possível a identificação precoce de recidiva da doença, com realização de exames radiológicos, endoscópicos e de mensuração do nível de marcadores tumorais, que auxiliam na rapidez deste seguimento de controle (MOTTA, 2013).

A assistência de enfermagem deve ser planejada, levando-se em consideração as características do paciente, como por exemplo, os estágios de desenvolvimento de vida. Os desafios físicos, emocionais e sociais para jovens com câncer, são muitas vezes mais difíceis de enfrentar, pois a juventude é um período de desenvolvimento psicológico e social de tomada de decisões sobre relações, autonomia, independência, desenvolvimento social, sexual, casamento, fertilidade e reprodução, paternidade e segurança (CORBEIL, 2009; MOTTA, 2013; MARTINS,

2014). Quando estes pacientes apresentam recidiva, as necessidades desenvolvimentais potencializam ainda mais a gravidade da situação vivida por eles.

Além do custo aumentado ao SUS no tratamento de pacientes com CCR em estágio avançado, é preciso lembrar que neste processo outros prejuízos podem ocorrer ao paciente que recebe o tratamento tardio como por exemplo: ser submetido a cirurgia com maior grau de risco, maior chance de confecção de estomias, ressecção intestinal maior, complicações pós operatórias mais graves, menor chance de sobrevida (BIONDO et al., 2012; DELANEY, 2011;FUJII et al., 2012; FUJITA et al., 2012; KRARUP et al., 2012; LIANG et al., 2011; MASOOMI et al., 2012; MIYAJIMA et al., 2009; SUDING et al., 2008)

Os resultados deste estudo indicam que a assistência ao paciente com recidiva de CCR em tratamento cirúrgico necessita de um planejamento multidisciplinar, com inserção de familiares e cuidadores, para o atendimento das demandas de necessidades individualizadas, principalmente relacionados ao fornecimento de uma síntese de informações sobre tratamento e suas consequências, reabilitação, gerenciamento de cuidados e de seguimento de controle oncológico, além dos efeitos adversos tardios. Além disso, há necessidade de ampliação do conceito de sobrevivência oncológica, que compreende desde o diagnóstico e ao longo da vida destes pacientes, assim como a inclusão de familiares e cuidadores.

O planejamento da assistência de enfermagem perioperatória a estes pacientes e familiares deve incluir intervenções de cuidados físicos, psicoemocionais e educativas com a finalidade prepará-los para o retorno ao domicílio e seguimento de controle oncológico.

A enfermagem perioperatória poderá realizar intervenções, tanto para o paciente como dos familiares durante o período de internação hospitalar, com integração do serviço de atendimento ambulatorial para que a continuidade da assistência seja assegurada, com identificação precoce de problemas e dificuldades vividos por essas pessoas para oferecer o suporte profissional adequado.

Há necessidade de estudos com maior nível de evidência, principalmente sobre intervenções educativas, com inclusão de familiares e cuidadores, elementos fundamentais na sobrevivência dos pacientes com CCR, assim como a inclusão sobre a assistência aos pacientes com estomia intestinal.

Estas evidências indicam a necessidade de mudança dos profissionais no que se refere à perspectiva da sobrevivência oncológica, pois não se trata mais de simplesmente ter sobrevivido ao tratamento, mas a ampliação desta abordagem, considerando-se aspectos como a reabilitação, a qualidade de vida e o gerenciamento de situações clínicas e terapêuticas com apoio familiar e o suporte profissional adequado.

Assim, o termo “sobrevivente do câncer” é atualmente utilizado para se referir a diferentes populações de pessoas comuns a experiênciade adoecimento oncológico. Nos Estados Unidos, a Coalizão Nacional para a Sobrevivência ao Câncer (NCCS) define o sobrevivente de câncera partir do momento do diagnóstico até o alcance do equilíbrio da vida. Os membros da família, amigos e cuidadores estão incluídos nesta definição. Esta definição amplia o que tracionalmente tem considerado sobrevivente como aquele que aparentemente curou do câncer, com uma abordagem alternativa para “viver com e para além do câncer” (SHIN et al., 2013).

Isso ocorreu face ao número crescente desobreviventes, ao questionamento às insuficiências dos modelos atuais de tratamento, custos com recursos humanos e e aumento de cuidados especializados de saúde, que representam desafios importantes para a prestação de assistência à sobrevivência oncológica. Novosmodelos deverão ser desenvolvidos urgentemente, com conjunção de esforços para avançar nos cuidados a essa clientela.

Assim, um sobrevivente do câncer experimenta saúde e seus problemas psicossociais, em decorrência da evolução tumoral e diferentes fases de tratamentos, sendo que pode ser subdivido em três fases de sobrevivência: sobrevivência aguda; sobrevivência estendida; e sobrevivência permanente. Sobrevivência aguda é no período de tratamento contínuo, com manejo adequado da dor, fadiga e estresse psicológico foco principal de preocupação. A sobrevivência estendida é um período de transição quando o físico, o psicológico, o social e o financeiro estão sendo readaptados para seguimento de controle oncológico e para a vigilância de recidiva e de metástase tumoral. Finalmente, a sobrevivência permanente é um período quando ocorre uma sensação progressivade autoconfiança, com menor risco de recidiva (SHIN et al., 2013).

Apesar da estomia intestinal, ser considerada a consequência cirúrgica mutilatória mais significativa pelos pacientes com CCR, em nenhuma publicação isto

foi abordada neste período de seguimento de controle oncológico, apesar da necessidade de utilização de equipamentos coletores, e de muitas vezes, estes podem apresentar lesões de estoma e de pele periestoma devido à imunossupressão e alteração na consistência das fezes em decorrência dos efeitos adversos das terapêuticas e necessitarem de assistência especializada (LENZA et al., 2013).

Por outro lado, há necessidade de maior investimento na realização de estudos em busca de evidências cientificas mais fortes para as questões preventivas e assim prevenir ou minimizar recidivas e a morbimortalidade. Um estudo de metanálise analisou ensaios clínicos randomizados sobre a eficiência do uso de aspirina como recurso preventivo para a recidiva de CCR, que envolveu 2.338 participantes, sendo que 2.175 foram submetidos à colonoscopia preventiva para a recidiva de CCR. Houve taxa de recidiva de adenocarcinoma entre 40% e 50% nos pacientes que faziam uso de aspirina de mais 300mg miligramas/dia, que em tese, apresentariam risco de apenas 0,6%, em relação aos grupos placebos. Contudo, aqueles que faziam uso de menos que 81mg miligramas/dia também tiveram as taxas para recidiva diminuído, sugerindo que a aspirina impede recidiva de CCR entre pacientes que haviam sido diagnosticados previamente (GAO et al., 2008).

Outro estudo de revisão sistemática sobre o risco de CCR em pacientes com e sem Diabetes mellitus, analisou comparativamente os desfechos mortalidade, recidiva do câncer e complicações relacionadas ao tratamento e sua influência para o risco de recidiva e mortalidade. No total de 8.208 títulos, 15 artigos preencheram os critérios de inclusão, nos quais foi observado o aumento significativo da mortalidade perioperatória, em curto prazo em pessoas com Diabetes mellitus, bem como, aumento de 32% na mortalidade por qualquer causa em comparação àquelas sem Diabetes. Embora os dados sejam limitados, os estudos sugerem que esta condição crônica pré-existente aumenta o risco de complicações pós-operatórias, recidiva do câncer em 5 anos. Portanto, os pacientes com CCR e diabetes mellitus pré-existentes têm maior risco de mortalidade à curto e longo prazos (STEIN, 2010).

Estudo de RI que analisou 12 artigos científicos, publicados entre 1999 e 2010, identificou que a abordagem multidisciplinar pode postergar a recidiva de CCR, com protocolos de exames pré-operatórios com CEA, Rx, Tomografia computadorizada, colonoscopia completa e biópsia. Houve indicação da realização de exames de sangue para dosagem de creatinina, que indica a alteração de

hidronefrose por infiltração uretral do tumor. Por outro lado, a braquiterapia e a radioterapia intraoperatórias constituem um desafio multidisciplinar, na tentativa de diminuir recidivas, sendo que a sobrevida de pacientes que foram submetidos às terapias multidisciplinares foi de 33% em 5 anos. Entretanto, 33% tiveram recidiva de CCR e os outros 33% desenvolveram metástases (LIZARAZU, 2011).

Na metanálise de 39 estudos sobre os exames bioquímicos para detecção de células tumorais, envolveu um total de 4087 pacientes, sendo que os resultados mostraram que a detecção de células tumorais isoladas ou micrometástases em linfonodos regionais é indicativo de alto risco de recorrência da doença e baixa sobrevida de pacientes. Contudo, identificou a necessidade de novos estudos sobre o tema, pois em todos os subgrupos ocorreu a recidiva (RAHBARI, 2012).

Em um estudo de revisão sistemática com 236 estudos, selecionou-se 13, sendo que destes sete (7) constituíam estudos clínicos randomizados e quatro (4) metanálises sobre administração de ácido fólico, identificando menor índice de recidiva (0,69%) em relação ao grupo placebo (0,72%). Porém, não foi possível concluir se a suplementação com ácido fólico, independente da dosagem, poderia ter efeito preventivo (CASTILLO-LANCELLOTTI, 2012).

Em relação aos preditores de mortalidade a curto e longo prazos, os pacientes com CCR e diabetes mellitus pré-existentes têm maior risco (STEIN, 2010) e a associação de diferentes terapias como cirurgia e braquiterapia ou radioterapia intraoperatórias não mostrou diferença comprovada na diminuição de recidiva de CCR (LIZARAZU, 2011).

Apesar das novas tecnologias para tratamento do CCR, há possibilidade de recidiva para os pacientes, independente da remoção total do tumor primário com ou sem remoção dos linfonodos adjacentes. A doença pode evoluir com recidiva, tanto locorregional como recidiva metastática. Conceitualmente, considera-se que a pessoa com recidiva local possui maior chance de sobrevivência se comparada àquela com recidiva metastática, em decorrência da complexidade do tratamento e da dificuldade para o controle tumoral, o que o torna com maior probabilidade para os tratamentos paliativos, tanto cirúrgicos como adjuvantes (PINHO, 1999; DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

Contudo, a acessibilidade ao rastreamento e ao mapeamento genético não é uma realidade aplicável a toda a população, tanto para prevenção da patologia quanto para a recidiva, pois são procedimentos de alto custo e requer serviços com

infraestrutura e recursos humanos especializados. Estes recursos possibilitam a identificação de mutações, por meio de sequenciamento do DNA de genes do indivíduo e dos membros da família, o que favorece o seguimento do paciente e identificação de pessoas com maiores fatores de risco para desenvolvimento de neoplasia com especificidade de possíveis órgãos de maior comprometimento (DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

Em geral, as famílias que possuem um indivíduo com câncer devem receber as recomendações e seguimento especializado sobre os aspectos genéticos para a realização de um diagnóstico precoce, importante para a redução da morbimortalidade e da melhoria da qualidade de vida. Portanto, a triagem genética é um método utilizado para detecção pré-sintomática e para a prevenção de doenças genéticas para que se possa iniciar um seguimento precoce, o que pode evitar ou atenuar consequências mais graves da doença. Contudo, esta ainda não é uma realidade acessível para a população (PINHO,1999; DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

Na prática clínica, verificamos que os pacientes atendidos nas instituições públicas, apresentam estadiamento avançado quando é estabelecido o diagnóstico, o que implica na necessidade de maior investimento para o tratamento e diminui as possibilidades de um seguimento para minimizar a possibilidade de recidiva deste câncer (PINHO,1999; DANTAS et al., 2009; RIBEIRO, 2011, HOFF et al., 2013).

Nas instituições públicas busca-se a implementação de ações vinculadas às novas tecnologias cirúrgicas como uma forma de prevenção de recidivas, o que significa realizar uma abordagem por laparotomia na maioria das situações ou em alguns casos por laparoscopia, na tentativa de maior precisão técnica cirúrgica para a ressecção total do tumor e exérese circular adjacente da musculatura acessória abdominoperineal, na primeira cirurgia. Por outro lado, há que se considerar a extensão do procedimento cirúrgico que resulta em consequências mutilatórias, que dificultam a recuperação fisiológica e psicossocial após a cirurgia e pode comprometer o estabelecimento e realização do tratamento adjuvante (DELANEY, 2009; RIBEIRO, 2011; HOFF et al., 2013).

Quando o tumor primário for extinto completamente pelo tratamento cirúrgico e o paciente apresentar metástase, é possível a ressecção deste tumor secundário por cirurgia, mas muitas vezes, será necessária quimioterapia antineoplásica e/ou radioterapia (DELANEY, 2009; HOFF et al., 2013).

O tempo de sobrevivência de cinco anos é estimado para 15% a 80% dos pacientes, sendo que o seguimento de controle oncológico pós-operatório no 3º, 6º, 12º, 18º, 24º, 36º, 48º e 60º meses e o estadiamento da lesão tumoral podem minimizar os casos de recidiva, potencializando o alcance de cura desta clientela (RIBEIRO, 2011; DELANEY, 2009; HOFF et al., 2013).

O seguimento pós-operatório do paciente com CCR deve ser realizado por toda a vida, principalmente nos primeiros dois anos após a ressecção primária, pois a possibilidade de recidiva neste período é de cerca de 80%. Isso pode também ser reforçado com os resultados de um estudo que mostrou a análise de 521 pacientes, com média de idade de 62 anos, sendo que 302 eram mulheres, 181 apresentam câncer em colón direito, com predomínio de 457 casos com adenocarcinoma, elevada ressecção de linfonodos evidenciando invasão linfática em 267 casos. Estes resultados indicam que a ocorrência de metástase dificulta a escolha da terapia adjuvante e que o diagnóstico da doença em fase avançada diminui acentuadamente a possibilidade de cura (RIBEIRO, 2011; FONSECA et al., 2011; HOFF et al., 2013).

Outro estudo realizado em um hospital universitário com avaliação de 89 pacientes durante o período de seguimento de controle com média de 81 meses, verificou-se que 56 pacientes não apresentaram recidiva, 33 pacientes tiveram a recorrência da doença e apenas seis apresentaram recidiva local (PINHO, FERREIRA, KLEINUBING JR, 2006).

É de extrema importância que o paciente com CCR seja acompanhado periodicamente após o processo cirúrgico. Assim, é possível, a identificação precoce de recidiva da doença, com realização de exames radiológicos, endoscópicos e de mensuração do nível de marcadores tumorais, que auxiliam na rapidez deste seguimento de controle (DELANEY, 2009; RIBEIRO, 2011).

O acompanhamento ambulatorial rigoroso no pós-operatório torna-se necessário, bem como a organização da relação destes pacientes em uma lista atualizada, com consultas periódicas, principalmente para a avaliação da assistência prestada e dos resultados alcançados (PINHO, FERREIRA, KLEINUBING JR, 2006).

Na nossa realidade, os pacientes apresentam estadiamento avançado quando são diagnosticados com CCR e assim a primeira indicação cirúrgica envolve maior risco, pois há necessidade de ressecção ampla e poucos têm a opção da laparoscopia. O risco aumenta também em virtude da associação com outras

condições crônicas, que agravam o estado geral e comprometem a recuperação fisiológica e psicossocial do paciente. Além disso, apresentam maior possibilidade de recidiva ou metástases.

Considerando os resultados da RI e os aspectos da prática clínica, acreditamos as implicações para a assistência de enfermagem no que se refere à recidiva de CCR nos pacientes atendidos em instituições hospitalares, podem ser elencadas para a necessidade de atualização de conhecimentos sobre indicações cirúrgicas, prognósticos e suas inovações; terapêuticas adjuvantes e seus efeitos adversos, para subsidiar a avaliação clínica do planejamento da assistência perioperatória, pois são pacientes, que apresentam condição de maior gravidade. Este conhecimento poderá contribuir na melhoria da assistência de enfermagem para os pacientes com recidiva de CCR, ampliando a potencialidade das intervenções que possam atender especificamente as necessidades individuais e que favorecerão a recuperação e reabilitação pós-operatória, assim como o seguimento de controle oncológico. Portanto, o enfermeiro deve possuir domínio sobre a terapêutica cirúrgica e suas repercussões fisiológicas e psicossociais para o paciente, pois somente desta forma poderá planejar a assistência de enfermagem para atender à necessidade da clientela (CAMPOS et al., 2001; SHAUKAT, 2005; MUSSNICH, 2008; GAO, 2009; STEIN, 2010; ENRÍQUEZ-NAVASCUÉS, 2011; LIZARAZU, 2011; CASTILLO-LANCELLOTTI, 2012; RAHBARI, 2012).

Concluímos que a assistência de enfermagem ao paciente com CCR deve envolver uma assistência perioperatória especializada, com identificação de demandas de necessidades individuais para o planejamento de cuidados procedimentais e psicossociais, que possam preparar o paciente para a cirurgia e prevenir complicações pós-operatórias (SHAUKAT, 2005; MUSSNICH, 2008; GAO, 2009; STEIN, 2010; ENRÍQUEZ-NAVASCUÉS, 2011; LIZARAZU, 2011; CASTILLO-LANCELLOTTI, 2012; RAHBARI, 2012).

6.3 Proposição da Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com recidiva de CCR

Para o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória ao paciente com recidiva de CCR, partimos do pressuposto que o tratamento cirúrgico resulta em consequências, sendo que a confecção da estomia intestinal, seja uma

ileostomia ou colostomia, gera reações e sentimentos mais intensos. Isto se deve ao fato de as pessoas identificarem a estomia como um dos grandes desafios do adoecimento oncológico pela necessidade adaptações e novos cuidados em suas vidas (BARICHELO, ZAGO, 2002; DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009; SONOBE; CHAVES, GORINI, 2011; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

Por outro lado, o risco da recidiva é uma preocupação central para estas pessoas e está vinculada à recuperação física, ansiedade, reflexão sobre os papéis sociais e culturais. A fase de adoecimento e tratamentos é considerada transitória e a manutenção de recursos sociais e profissionais torna-se importantes. Além disso, o sentimento de incerteza influencia o tratamento oncológico, o autoconceito e as perspectivas futuras do adoecido (CORBEIL et al., 2009; WATTS, BOTTI, HUNTER, 2010; CHAVES, GORINI, 2011).

Por se tratar de um problema de saúde pública e pela sua magnitude, a oncologia torna-se uma área de atuação importante para o enfermeiro, que pode atuar em diversos níveis de atendimento às pessoas com câncer, influenciando diretamente na mudança de práticas de saúde da população, principalmente em relação às práticas preventivas (TONANI, 2007; WATTS, 2010; CHAVES, GORINI, 2011, GRILLO, 2013).

Em um estudo com uma população jordaniana com CCR, verificou-se o devido às questões culturais, a patologia, os fatores preventivos e de rastreamento preventivo não são considerados importantes (OMRAN, ISMAIL, 2010).

As pessoas dão significados aos acontecimentos pela forma como estes são percebidos pelos familiares e por sua rede de relações. Neste sentido, uma dificuldade na busca correta por um atendimento oferecido pelo sistema de saúde, pode ser representada pela crença em saberes populares, automedicação, benzedeiras e curandeiras, pois essas práticas são construídas culturalmente ao longo da vida nos grupos sociais que estes indivíduos pertencem (MARUYAMA, ZAGO, 2005; LENZA, 2011; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

A assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes oncológicos envolve questões físicas, psicológicas e culturais. Enfermeiros são prestadores fundamentais desse cuidado, mas para realizar seu trabalho e alcançar os resultados esperados, não podemos deixar de reconhecer a importância do conhecimento técnico-científico, de suas habilidades, atitudes e crenças e de que é

seu dever considerar também a contextualização dos pacientes, bem como suas crenças e a cultura (WATTS, 2010).

As pessoas acometidas pelo CCR e suas famílias são fortemente influenciados pelos aspectos valorizados em sua cultura como saúde, corpo sempre perfeito e vida. Esses parâmetros são as referências para os sentimentos de tristeza, depressão, sofrimento, medos e incertezas e, principalmente, pela impotência frente à declaração da finitude da vida, que acompanha essas pessoas ou em situações de recidiva (MARUYAMA, ZAGO, 2005; DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009).

A estomia intestinal (colostomia ou ileostomia), que traz alterações emocionais comprometendo o convívio social e levando ao isolamento social, pois as pessoas ao se perceberem estomizadas, passam a vivenciar as fases de negação, ira, barganha, depressão e finalmente a aceitação, receio de enfrentar locais públicos e medo de exposições (DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009).

Além das dificuldades emocionais, a estomia pode gerar alterações de ordem física como a mudança anatômica e funcional do sistema digestório e equipamento coletor abdominal, como a colostomia que comprometem o convívio social e a realização das atividades cotidianas (SILVA, SHIMIZU, 2006; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

Pacientes pós-cirúrgicos, buscam por informações sobre a doença e possível recidiva, expressar seus sentimentos, suporte social e profissional (SILVA, SHIMIZU, 2006; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

Em relação à sexualidade, a consequência da mutilação anatômica da inervação da região pode acarretar perda da libido, disfunção erétil e dor, entre outras, que são aspectos também pouco explorados (SILVA, SHIMIZU, 2006; DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009; LENZA, 2011; MARTINS, 2014).

O enfermeiro deve realizar o planejamento da assistência ao paciente oncológico, com empatia, atentando-se a dor oncológica, a possibilidade da estomia, priorizando o ensino do colostomizado, no pré e pós-operatório para auxiliá-lo na readaptação no ambiente social e domiciliar e retomar as atividades cotidianas (SONOBE, BARICHELO, ZAGO, 2002; LENZA et al., 2013).

Uma das exigências para o enfermeiro atuar na assistência de pacientes oncológicos é a experiência clínica e o envolvimento, pois ao realizar o planejamento da assistência, muitos têm dificuldades para estabelecer os diagnósticos de

enfermagem. Observa-se que enfermeiros especialistas em oncologia, em sua maioria, não estabelecem o diagnóstico de enfermagem Fadiga, sendo que se trata de um sintoma prevalente na doença oncológica, comprometendo 75% a 85% dos doentes (GORINI et al., 2010).

Prestar assistência ao paciente com CCR e ao familiar, além da capacitação no manejo da estomia, é preciso ao enfermeiro, habilidade e experiência clínica aprofundada para orientar quanto a fisiopatologia, alimentação no perioperatório, importância do preparo colônico, os direitos do paciente oncológico e estomizados, a possibilidade de recidiva, importância do seguimento de controle oncológico, uso de álcool e tabaco como fatores de risco, importância de divulgação ações e exames preventivos aos familiares e comunidade (SILVA, SHIMIZU, 2006; DÁZIO, SONOBE, ZAGO, 2009; LENZA, 2011, LENZA et al., 2013; MOTTA, 2013; MARTINS, 2014).

7. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste estudo:

- foi possível analisar as evidências científicas sobre a ocorrência de deiscência de anastomose intestinal em procedimentos cirúrgicos, tanto na laparotomia como na laparoscopia em pacientes com câncer colorretal. Contudo, o comprometimento da condição clínica destes pacientes quando são diagnosticados, podem influenciar a resposta ao tratamento cirúrgico, bem como as reações às repercussões físicas e psicossociais;

- foram evidenciados aspectos importantes, que estão relacionados à recidiva de câncer colorretal como a condição clínica, as indicações terapêuticas e adjuvantes para pacientes com CCR, com vinculação aos prognósticos, assim como a importância dos aspectos preventivos e a acessibilidade à assistência de saúde. Estes aspectos devem ser considerados para o planejamento da assistência para esta clientela;

- identificou-se a demanda de necessidades desta clientela e as possibilidades de investimento no planejamento e implementação de intervenções procedimentais, psicossociais e educativas, que poderão contribuir na recuperação e reabilitação pós-operatória;

- evidenciou-se a necessidade de proposição da assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com recidiva de câncer colorretal com oferecimento de um programa de sobrevivência individualizado, no pós-operatório, com abordagem de aspectos psicossociais do adoecimento, do tratamento oncológico, do enfrentamento de sentimentos como medo e incerteza da recidiva ou metástases, da necessidade de realização dos tratamentos adjuvantes (quimioterapia antineoplásica e radioterapia) e seus eventos adversos ao longo do seguimento de controle ambulatorial.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Curso de Pós-Graduação, com o desenvolvimento desta Tese de Doutorado possibilitou, aprofundamento em disciplinas que promoveram habilidades na prática clínica e na pesquisa científica, ampliando o conhecimento sobre diferentes métodos de pesquisa.

Por outro lado, toda a aprendizagem subsidiou a construção deste trabalho, com as disciplinas cursadas, participação em eventos científicos e troca de experiências com outros alunos de pós-graduação, docentes e membros do Grupo de pesquisa.

A possibilidade de participar do projeto de extensão, convivendo com os pacientes com câncer colorretal em tratamento cirúrgico, agregaram de maneira singular ao crescimento profissional e pessoal, além de promover a integração teórico-prática, com implementação das evidências analisadas na assistência a estes pacientes e seus familiares.

O desenvolvimento deste estudo possibilitou aprofundar o conhecimento e a compreensão da importância do enfermeiro na área de Oncologia e as oportunidades de contribuir na melhoria da qualidade da assistência perioperatória prestada em uma instituição terciária.

REFERÊNCIAS

ANDRADE S.M.S; PEREIRA F.L. Câncer Colorretal Sincrônico - Relato de caso e revisão de literatura. **Rev bras Coloproct**, v.27, n.1, p. 69-79, 2007.

AYRES, J.R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3,p.583-592, 2004.

BASS, E.M. et al. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? **Dis Colon Rectum**, United States of America, v. 40, n. 4, p. 441-43, 1997.

BUTLER, D.L. Early Postoperative Complications Following Ostomy Surgery: A Review. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 36, n. 5, p. 513-19, 2009.

BRASILa. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/sintese-de-resultadocomentarios.asp> Acesso em: 18 jan. 2018

_____b. Ministério da Saúde. Portaria n°874/2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html> Acesso em 18 jan. 2018.

_____c. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Politica Nacional de Humanização de 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf>. Acesso em 18 jan 2018

_____d. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Politica Nacional de Atenção hospitalar de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf > Acesso em: 18 jan 2018

____e.Ministério da Saúde. Portaria 958/2014 aprova: Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Cólon e Reto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0958_26_09_2014.html> Acesso em: 18 jan. 2018.

_____f. Ministério da Saúde. Lei 8080. Fernando Collor Alceni Guerra. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm> Acesso em 8 de mai. 2015.

CASTILLO-LANCELLOTTI, C. et al. Suplementación con ácido fólico y prevención de recurrencia de adenomas. Colorrectales: revisión sistemática. **Nutr Hosp**, v.27, n.1, p.13-21, 2012.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A.

(Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001.p.113-26.

CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 2017. Disponível em: http://brazil.cochrane.org/bem-vindo

CORBEIL, A. et al. The experience of uncertainty in young adults with cancer. **Ver Cancer Nursing TM**, v. 32, n. 5, p.17-p.27, 2009.

CORREIA, T. Interpretation and scientific validation in qualitative research. **Interface Comum Saúde Educ**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 263-74, 2013.

CHAVES, P.L.; GORINI, M.I.P.C. Qualidade de vida do paciente com câncer colorretal em quimioterapia ambulatorial. **Rev Gaúcha Enferm**, v.34, n.4, p.767-73, 2011.

DANTAS, E.L.R. et al. Genética do Câncer Hereditário. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.55, n.3, p.263-269, 2009.

DÁZIO, E.M.R.; SONOBE, H.M.; ZAGO, M.M.F. Os sentidos de ser homem com estoma intestinal por câncer colorretal: uma abordagem na antropologia das masculinidades. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.17 n.5, p. 664-669, set/out. 2009.

DELANEY, P.C. et al. Desenvolvimento da Cirurgia Colorretal Laparoscópica **In: Técnicas operatórias em cirurgia colorretal laparoscópica**. Ed Di Livros. RJ, 2009 p.11-18.

FIGUEIREDO, L. L. **A experiência de ser acompanhante de paciente cirúrgico oncológico em unidade de internação terciária**. 2013. 122p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-13012014-113001/pt-br.php>

FONSECA, L.M. et al. Câncer colorretal – resultados da avaliação patológica padronizada de 521 casos operados no Hospital das Clínicas da UFMG. **Ver Bras Coloproct**, v.31 n.1, 17-25, 2011.

GORINI, M.I.P.C. et al. Registro do diagnóstico de enfermagem fadiga em prontuários de pacientes oncológicos. Acta Paul Enf, 23(3):354-358, 2010.

GRILLO, R. M. **Política pública de saúde:** a atenção básica na detecção precoce e prevenção do câncer. 2013. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2013. Disponível em: < http://www.franca.unesp.br/Home/Posgraduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/dissertacao-2013---rosely-grillo.pdf>

HENDGES, D.J.B; STOLL R.R; MORESCHI, C.A influência de hábitos e estilo de vida no surgimento de neoplasias malignas – uma revisão de literatura. **Destaques Acadêmicos**, v. 5, n. 3, 2013.

HOFF, P.M.G. et al. **Tratado de Oncologia**. Ed Atheneu, v.2, SP/RJ/MG, 2013, p.5-1793.

LENZA, N. F. B. **Programa de Ostomizados:** os significados para estomizados intestinais e familiares. 2011. 134p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-31102011-092509/en.php>

LENZA, N.F.B. et al. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. **Rev. Eletr. Enf**, v.15, n.3, p.755-62, 2013 Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.17594.

LIZARAZU, A. et al. Abordaje quirúrgico de la recidiva locorregional del cáncer de recto, **Cirugía Espanõla**, v.89, n.5, p 269-274, 2011.

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.

MARUYAMA, S.A.T.; ZAGO, M.M.F. O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v.13 n.2, p.216-22, mar/abr.2005.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.13, supl.1, p.771-80, 2009.

MELO, R. M. B. **Estudo econômico-financeiro da Agência Nacional de Saúde Suplementar para o equilíbrio da função de órgão regulador**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/Dissertacoes_Estudo_economico_financeiro_da_ANS.pdf

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Ver **Texto Contexto Enfermagem**, v.17 n.4, p.758-64, 2008. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/714/71411240017/

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.Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-14012014-104010/pt-br.php>

OLIVEIRA, M. S. V. et al. Association of diet with colorectal cancer: literature integrative review. **Rev de Enfermagem UFPE online**, v.4, p.1222-29, 2010.

OMRAN, S.; ISMAIL, A. A. Jordanian knowledge toward colorectal cancer screening. **Rev Cancer Nursing**. v. 33, n. 2, p.141-48, mar/abr. 2010.

PARADA, R. et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista APS,** Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, 2008.

PAULA, R.A.B; SANTOS, V.L.C.G. Estudo retroprospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestoma em ostomizados da cidade de São Paulo. **Rev. Escola. Enfermagem. USP.**; 33 (Número especial): 63-73. 1999.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro**. Rev Cogitare Enferm**, v 14, n.4, p. 760-763, out/dez 2009.

PINHO, M.S.L. Marcadores moleculares como fatores prognósticos do câncer colorretal. **Rev Brasileira de Coloproct**. v.19 , n.2, p.130-32, 1999.

PINHO, M.S.L.; FERREIRA, L.C.; KLEINUBING Jr., H. Tratamento Cirúrgico do Câncer Colorretal: Resultados à Longo Prazo e Análise da Qualidade. **Rev Bras Coloproct**. v.26 , n.4, p.422-429, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Delineamentos e abordagens de pesquisas quantitativas**. In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7° ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Cap. 9 e 10, p. 247-315, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Delineamentos e abordagens de pesquisas quantitativas**. In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7° ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. cap.9 -10, p. 247-315, 2011.

RAHBARI, N. N. Molecular detection of tumor cells in regional lymph nodes is associated with disease recurrence and poor survival in node-negative colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. **J Clin Oncol American Society of Clinical Oncology**, v.30 n.1, p.60-70, jan. 2012.

RIBEIRO, J.J.R. **Coloproctologia: princípios e práticas**, 2ª ed. Atheneu, 2011. 249 p.

SANTOS JR, J.C.M. Câncer ano-reto-cólico: aspectos atuais II – Câncer Colorretal – fatores de riscos e prevenção. **Rev. Bras. Coloprocto,** Rio de Janeiro**,** v.27, n.4, p.459-73, out/dez. 2007.

SANTOS, N.R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Ciência & Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.12 n. 2, p. 429-435, 2007.

SHAUKAT, A.; SCOURAS, N.; SCHUNEMANN, H.J.; Role of supplemental calcium in the recurrence of colorectal adenomas: a meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Gastroenterol**, v.2, p. 390-394, 2005.

SILVA, A.L.; SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.14, n.4, p.483-490, jul/ago., 2006

SINCLAIR, L.G. Young adults with permanent ileostomies experiences during the first 4 years after surgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs**., United States of America, v. 36, n. 3, p. 306-316, 2009.

SONOBE, H.M.; BARICHELO, E.; ZAGO, M. M. F. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista de Cancerologia,** Rio de Janeiro, v.48, n.3, p.341-348, 2002.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev Einstein**, v.8, n.1, p.102-106, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102

STEIN, K. B. Colorectal cancer outcomes, recurrence, and complications in persons with and without Diabetes Mellitus: a systematic review and meta-analysis. **Dig Dis Sci**, v. 55, n.7, p.1839-1851, jul. 2010.

STILLWELL, S.B. et al. Searching for the evidence strategies to help you conduct a successful search. **Evidence-Basead-Partice**, v.110, n.5, p. 41-7, 2010. Disponível em:http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf

TONANI, M. **Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como uma estratégia de prevenção**. 122 folhas. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

TONON, L.M.; SECOLI, S.R.; e CAPONERO, R. Câncer colorretal: uma revisão da abordagem terapêutica com bevacizumabe. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.53, n.2, p.173-182, 2007.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am.** Enfermagem. 14(1):124-31, jan/feb; 2006. doi: http:// dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências hospitalares. **Ciência & Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 825-839,jul/ago. 2007.

WATTS, R., BOTTI, M.; HUNTER, M. Nurses' perspectives on care of cancer patients. **Rev. Cancer Nursing**, v. 33, n.2, p.E1-E8, mar/abr.2010.

WEI, J.Z, et al. A indução de células-tronco intestinais por R-espondina 1 e Slit2 aumenta chemoradioprotection. **Natureza 501**, p.107-111, 2013.

WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSES SOCIETY. ASCRS and WOCN Joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. **J Wound Ostomy Continence Nurs.,**v. 34, n. 6, p. 627-636. 2007.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS – RI

1) Dados referentes ao pesquisador:

Autoria Nome: _____

Profissão:

( ) Enfermeiro _____

( ) Médico Especialidade:_____

( )Outros: _____

Autoria Nome: _____

Profissão:

( ) Enfermeiro _____

( ) Médico Especialidade:_____

( )Outros: _____

Autoria Nome: _____

Profissão:

( ) Enfermeiro _____

( ) Médico Especialidade:_____

( )Outros: _____

Autoria Nome: _____

Profissão:

( ) Enfermeiro _____

( ) Médico Especialidade:_____

( )Outros: _____

Autoria Nome: _____

Profissão:

( ) Enfermeiro _____

( ) Médico Especialidade:_____

( )Outros: _____

2) Dados referentes à publicação:

( ) artigo ( ) opinião de especialistas ( ) outro:_____

Título:_____

Ano:_____ Volume:_____ Nº:_____ Páginas:_____

País de origem:_____

Fonte (periódico):_____

Idioma:_____

3) Base de Dados:

( ) Medline ( ) Pubmed ( ) Lilacs ( ) Dedalus ( ) BDENF ( ) CINAHL

4) Acesso à publicação na íntegra:

( ) Bibliotecas do Sistema SIBI da Universidade de São Paulo

( ) Sistema COMUT

( ) Internet: _____

5) Objetivo do Estudo: _____

_____

6) População: _____

7) Amostra: _____

8) Tipo de desenho do estudo: ( ) experimental ( ) quase experimental ( ) não experimental

( ) qualitativo Qual? _____

9) Aspectos abordados pelo autor:

_____

_____

_____

_____

_____

10) Resultados / Conclusões:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

11) Nível de Evidência: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV ( ) V ( ) VI

I: estudos de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados;
II: ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
III: Estudos de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
IV: Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados (não experimental);
V: Estudos de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
VI: Evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitê de especialistas

ANEXOS

ANEXO A – Amostra da primeira etapa da RI sobre deiscência de anastomose

BIONDO, S. et al. Risk factors for surgical site infection after elective resection for rectal cancer: a multivariate analysis on 2131 patients. **Colorectal Disease**, v.14 , n.3, p.95-102, 2012.

FUJII, S. et al. Short-term outcomes of laparoscopic intersphincteric resection from a phase II trial to evaluate laparoscopic surgery for stage 0/I rectal cancer: Japan Society of Laparoscopic Colorectal Surgery Lap RC. **Surg Endosc**, v. 26, n.11, p.3067-3076, 2012.

FUJITA, M.D.S. et al. Postoperative morbidity and mortality after mesorectal excision with and without lateral lymph node dissection for clinical stage II or stage III lower rectal cancer (JCOG0212): results from a multicentre, randomised controlled, non-inferiority Trial. **The Lancet Journals**, v.13,n.6, p.616-621,2012.

KRARUP, P.M. et al. A nation wide study on anastomotic leakage after colonic cancer surgery. **Colorectal Disease**, v.14, n.10, p. 661-667, 2012.

LIANG, X. et al. Effectiveness and Safety of Laparoscopic Resection Versus Open Surgery in Patients with Rectal Cancer: A Randomized, Controlled Trial from China. **Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques**, v. 21, n.5, p.381-385, 2011.

MASOOMI, H. et al. Compression anastomosis ring device in colorectal anastomosis: a review of 1,180 patients. **The American Journal of Surgery**, v.14, n.10, p. 661-667, 2012.

MIYAJIMA, N. et al. Results of a multicenter study of 1,057 cases of rectal cancer treated by laparoscopic surgery. **Surgical Endoscopy**, v.23, n.1, p.113-118, 2009.

SUDING, P.M.D. et al. Definitive risk factors for anastomotic leaks in elective open colorectal resection. **Arch Surg**, v.143, n.9, p.907-912, 2008.

ANEXO B - Amostra da segunda etapa da RI sobre recidiva de CCR

CAMPOS, F.G.C.M. et al. Cirurgia laparoscópica colorretal: resultados do Inquérito Nacional Brasileiro. **Rev bras Coloproct**, v.21, n.3, p.135-143, 2001.

GAO, F. et al. Effect of aspirin in the recurrence of colorectal adenomas. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. **Colorectal Disease**, v.2 p. 893-901, 2009.

ENRÍQUEZ-NAVASCUÉS, J. M. et al. Patterns of local recurrence in rectal cancer after a multidisciplinary approach. **World J Gastroenterol**, v.17, n.13, p. 1674–1684 abr. 2011.

MUSSNICH, H. G. et al. Fatores prognósticos e sobrevida no adenocarcinoma primário de reto**. Rev bras Coloproct**, v.28 n.1 p.68-71, jan/mar, 2008.

ANEXO C - Amostra da terceira etapa da RI sobre assistência de enfermagem aos pacientes com recidiva de CCR

ARMES, J. Patients' supportive care needs beyond the end of cancer treatment: a prospective, longitudinal survey. **J ClinOncol**, v.27, n.61, p.72-79, 2009.

DEFRANK, J. et al. Body image dissatisfaction in cancer survivors. **Oncology Nursing Forum**, v.34, n.3, p.36-41, 2007.

FAUL, L.E. Survivorship care planning in colorectal cancer: feedback from survivors & providers. **J Psychosoc Oncol**, v.30, n.2, p. 198-216, 2012.

JEYARAJAH, S. et al. Prospective evaluation of a colorectal cancer nurse follow-up clinic. **Colorectal Disease**, v.13, p. 31-38, 2010.

LEE, V. et al. Meaning-Making and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. **Oncology Nursing Forum**, v. 33, n. 2, p. 291-302, 2006.

SHIN, D.W. Management of cancer survivors in clinical and public health perspectives: current status and future challenges in Korea. **J Korean Med Sci**, v.28, p.651-657, 2013.

STRAND, E. et al. Nurse or surgeon follow-up after rectal cancer: a randomized trial. **Colorectal Disease**, v.13, p 999-1003, 2011.