UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIRURGIA

MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA EM MANAUS – AMAZONAS - BRASIL

MANAUS
2018

MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA EM MANAUS – AMAZONAS - BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pos-graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, área de concentração: Gestão em Serviços de Saúde de Natureza Cirúrgica, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

ORIENTADORA: Profª Drª Ione Rodrigues Brum

MANAUS
2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Pinheiro Coelho Junior, Manoel Jesus
P654e Elaboração de um Protocolo de Exenteração Pélvica em Hospital de Referência Oncológica em Manaus – Amazonas - Brasil / Manoel Jesus Pinheiro Coelho Junior. 2018
102 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Ione Rodrigues Brum
Dissertação (Medicina) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Neoplasias do Colo do Útero. 2. Exenteração Pélvica. 3. Inquéritos e Questionários – Protocolo. 4. Consenso - Protocolo. I. Brum, Ione Rodrigues II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR

ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA EM MANAUS - AMAZONAS-BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cirurgia – Mestrado Profissional da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, área de concentração: Gestão em Serviços de Saúde de Natureza Cirúrgica, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Cirurgia.

Orientadora: Profª Drª Ione Rodrigues Brum

Apresentado em: 15/05/2018

(X) Aprovada ( ) Reprovada

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Ione Rodrigues Brum
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Presidente.

Prof. Dr. Gerson Suguiyama Nakajima
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Membro Interno.

Profª Drª Luciana Botinelly Mendonça Fujimoto
Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Membro Externo.

A Deus, minha família, meus professores e amigos, pelo apoio, e, aos pacientes, pelo grande privilégio de poder servi-los.

AGRADECIMENTOS

À minha querida esposa Priscilla e meus filhos Lucas e Manuela, pela paciência e compreensão pelas horas que passei longe de seu convívio.

Aos meus amados pais, Jesus Pinheiro e Leíla Coelho, irmãos Mariana e Marcel, pelo incentivo, apoio incondicional e ajuda na elaboração deste trabalho.

À Diretoria de Saúde da Polícia Militar do Amazonas pela compreensão de que estudar é preciso e pela liberação necessária para que esse trabalho fosse realizado, em especial ao Ten. Cel. Carlos Chirano Rodrigues, importante mentor da concretização deste sonho acadêmico.

À Profa. Dra. Ione Rodrigues Brum, minha orientadora, pelas correções, auxílios e palavras de incentivo despendidas.

Ao Prof. Dr. Ivan Tramujas da Costa e Silva, grande incentivador e entusiasta do saber que me ajudou nas horas difíceis quando da realização deste trabalho.

Aos membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) pela confiança em participar da pesquisa realizada dispondo seus preciosos tempos em responder aos questionários.

Aos colegas do programa de Pós-graduação em Cirurgia, pelo companheirismo e amizade.

Aos pacientes, pela confiança de compartilhar as alegrias e tristezas no tratamento oncológico, nossa razão de sermos médicos.

À Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON), minha segunda casa, e aos seus pacientes, a principal razão deste trabalho.

RESUMO

JUSTIFICATIVA: O Amazonas é o estado com maior incidência de câncer de colo uterino no país. No Amazonas e em todos os estados do Brasil, mais de 60% das pacientes procuram os serviços de saúde em estadiamento avançado, período em que a doença não responde mais ao tratamento inicial, radio quimioterapia. Estas pacientes necessitam de tratamento de resgate - a exenteração pélvica. A operação consiste de um procedimento complexo e mutilante e que necessita de um protocolo para sua indicação, otimizando melhores resultados para a paciente, porém, esse protocolo inexiste na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas (FCECON). Outro fator é que a literatura existente é escassa sobre esse tipo de ferramenta específica utilizada na exenteração pélvica. **OBJETIVOS**: Estabelecer um protocolo de exenteração pélvica para utilização na FCECON. Identificar e analisar as indicações, contraindicações e procedimentos adotados por cirurgiões oncológicos que praticam o procedimento de exenteração pélvica, habitualmente. Comparar os dados encontrados com a literatura pertinente e traçar uma proposta de protocolo para a execução da cirurgia. **MÉTODO**: Estudo qualitativo, empregando-se um questionário construído para ser aplicado baseado no método DELPHI, veiculado por meio eletrônico para facilitar sua utilização universal. Foram selecionados cirurgiões oncológicos especialistas na realização de exenteração pélvica do serviço de referência da FCECON e membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica - SBCO. Aplicação de um questionário com 42 perguntas, divididas em duas etapas. Numa análise estatística descritiva, o protocolo proposto considerou consenso as respostas que obtiveram concordância igual ou superior a 65% entre os participantes. **RESULTADOS**: Quatorze especialistas de 45 convidados responderam ao questionário. Após a primeira etapa de 42 questões estruturantes, seguiu-se uma segunda de questões arrematadoras, obtendo-se consenso de 65% em 64% respostas individuais e 100% respostas consideradas em conjunto. Foi então elaborado Protocolo de Exenteração Pélvica para pacientes portadoras de câncer avançado do colo uterino para ser utilizado na FCECON, com possibilidade de adoção por outros serviços da mesma natureza, que categorizou as condutas relativas às respostas consensuais e relativizou àquelas em que o consenso não foi atingido. O protocolo traduz a prática dos cirurgiões oncológicos consultados e habituados com a realização do procedimento na instituição citada. **CONCLUSÃO**: De forma consensual, foram identificadas e analisadas as indicações, contraindicações e procedimentos adotados por cirurgiões oncológicos que praticam habitualmente o procedimento de exenteração pélvica para o tratamento do câncer do colo uterino avançado. Após a comparação dos dados encontrados com os dados da literatura pertinente, foi traçada uma proposta de protocolo para a execução da cirurgia, dando origem à criação do Protocolo para emprego na FCECON.

Palavras-chave: Neoplasias do Colo do Útero. Exenteração Pélvica. Inquéritos e Questionários – Protocolo. Consenso - Protocolo.

ABSTRACT

BACKGROUND: Amazonas is the state with the highest incidence of cervical cancer in the country. As in other states, more than 60% of patients reach health services in the advanced, no longer respond to initial treatment, radio chemotherapy. Aspects of rescue treatment, pelvic exenteration. The purchase consists of a complex and mutilated and needs a protocol for its indication, in order to have a positive result in a patient, that does not exist in the Foundation Center of Control of Oncology of the Amazon - FCECON. The literature consulted is scarce in one type of editing tool for pelvic exenteration **OBJECTIVES**: To establish a pelvic exenteration protocol for use in FCECON. Identify and analyze as indications, contraindications and procedures adopted by oncological surgeons who practice the pelvic exenteration procedure usually. The literature is pertinent and is a protocol proposal for performing the surgery. **METHOD**: A qualitative study using a survey constructed to be applied by the DELPHI method, carried out by the electronic medium to take advantage of its universal use. Oncological surgeons, pelvic exenteration specialists, were selected from FCECON and Members of the Brazilian Society of Oncologic Surgery - SBCO. A questionnaire with 42 questions divided into two stages was applied. In a descriptive statistical analysis, the protocol considered consensual as responses that obtained agreement equal or superior to 65% between the participants. **RESULTS**: Fourteen specialists from 45 invited to the questionnaire. After a first step of 42 structured questions, a second round of tags was followed, obtaining 65% in 64% of responses and 100% of responses together. Pelvic Exenteration Protocol for patients with advanced cervical treatment functions to be used in the FCECON, with the possibility of transferring other services of the same nature, which categorized as conduct the consensus and relativized responses as a consensus. The protocol translates the practice of oncological surgeons consulted with the procedure. **CONCLUSION**: In a consensual way, the indications, contraindications, and procedures adopted by oncological surgeons who routinely practice the pelvic exenteration procedure for the treatment of advanced uterine cervix cancer have been identified and analyzed. The data obtained were compared with the relevant literature, a protocol proposal was drawn for the execution of the surgery, and the Protocol was created to be employed in FCECON.

Keywords: Uterine Cervical Neoplasms. Pelvic exenteration. Surveys and Questionnaires. Consensus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACERTO	Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
ET	Exenteração Pélvica Total
FCECON	Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HPV	Papilomavírus humano
IMC	Índice Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
OMS	Organização Mundial de Saúde
PS	Performance Status
PET-SCAN	Tomografia por Emissão de Pósitrons
SBCO	Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TEV	Tromboembolismo Venoso
TNM	Tumor Size, Number of Lymph Nodes, Metastasis
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 4. 30
Tabela 2 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 5 a 8. 31
Tabela 3 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 9 a 12. 32
Tabela 4 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 13 a 16. 33
Tabela 5 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 17 a 20. 34
Tabela 6 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 21 a 24. 35
Tabela 7 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 25 a 28. 36
Tabela 8 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 29 a 32. 37
Tabela 9 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 33 a 36. 38
Tabela 10 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 37 a 40. 39
Tabela 11 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 41 e 42. 40
Tabela 12 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 4. 41
Tabela 13 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 5 a 8. 42
Tabela 14 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 9 a 12. 43
Tabela 15 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 13 a 16. 44
Tabela 16 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 17 a 20. 45
Tabela 17 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 21 a 23. 46
Tabela 18 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 24 a 27. 47
Tabela 19 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 28 a 31. 48
Tabela 20 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 32 a 35. 49
Tabela 21 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 36 a 38. 50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10
2 JUSTIFICATIVA 14
3 OBJETIVOS 15
3.1 Objetivo Geral 15
3.2 Objetivos Específicos 15
4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA 16
4.1 O câncer de colo de útero: registros históricos 16
4.2 Exenteração pélvica 18
4.3 O Método Delphi 20
5 MÉTODO 24
5.1 Tipo de estudo 24
5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) 24
5.3 Características da amostra 24
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão 24
5.4.1 Critérios de Inclusão 24
5.4.2 Critérios de Exclusão 25
5.5 Tamanho da amostra 25
5.6 Construção do instrumento de coleta de dados 25
5.7 Instrumentos de coleta de dados 27
5.8 Análise estatística 27
6 RESULTADOS 29
6.1 Questões Estruturantes 30
6.2 Questões Arrematadoras 41
7 DISCUSSÃO 51
8 CONCLUSÃO 69
REFERÊNCIAS 70
OBRAS CONSULTADAS 76
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO 77
APÊNDICE B - PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA 78
ANEXO A - Sistema TNM desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) 99
ANEXO B - Sistema desenvolvido pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia) 100
ANEXO C - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FCECON 102

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a partir de 2020 ocorra no mundo 15.000.000 de novos casos de câncer de colo uterino, sendo que cerca de 70% desses tumores serão registrados em países dos quais apenas 5% possuem recursos para o controle da doença. Mundialmente são diagnosticados aproximadamente 500.000 novos casos de câncer do útero (corpo/colo) ao ano, o que pode levar a óbito cerca de 260.000 mulheres, dependendo do nível socioeconômico da população avaliada (INCA, 2018).

O câncer do colo de útero mata mais de 250.000 mulheres anualmente, sendo que 85% desses óbitos acontecem em países de média e baixa renda (OMS, 2009). No *ranking* mundial, representa a terceira neoplasia maligna ginecológica, com dados de que 9% de todos os novos casos detectados dos cânceres femininos serão por este tipo de neoplasia, representando o tipo de câncer mais letal para as mulheres (INCA, 2018).

É a neoplasia mais comum no Norte do Brasil (23/100.000). No Sul (31/100.000), Centro-Oeste (23/100.000), Sudeste (22/100.000) e Nordeste (18/100.000), sendo o segundo tumor maligno mais frequente e a quarta causa de morte por câncer em mulheres, representando 10% de todos os tumores malignos no sexo feminino (INCA, 2018).

No Amazonas, a incidência de câncer de colo uterino é ainda maior, cerca de 840 novos casos, sendo a primeira neoplasia maligna mais incidente entre as mulheres e a segunda em mortalidade (INCA, 2018).

O carcinoma cervical invasivo é uma doença cuja evolução se dá de forma lenta e é precedido por uma série de modificações do epitélio original, iniciando-se em nível celular e progredindo para os vários estágios de neoplasia intraepitelial cervical (NIC), constituindo as lesões pré-cancerosas, para finalmente penetrar através da membrana basal e transformar-se em carcinoma microinvasor (CARVALHO, 2016).

A exenteração pélvica foi inicialmente descrita pelo Dr. Alexander Brunschwing, em 1948, primeiramente como tratamento paliativo para câncer pélvico avançado. Na época, a taxa de mortalidade obtida foi de 23% e várias pacientes apresentaram sobrevida de longo prazo, indicando haver potencial para ser considerada mais do que apenas cirurgia paliativa (COSTA; ANTUNES, LUOINACCI,

2008). Com o passar dos anos, e mais especificamente nos últimos 50 anos, com avanços tecnológicos em materiais médico-cirúrgicos, drogas anestésicas, parâmetros de monitorização, técnicas operatórias, cuidados de terapia intensiva e seleção dos pacientes, houve acentuada queda da mortalidade das pacientes que se submeteram à cirurgia em níveis que oscilam entre 0,5 a 3% (COSTA; ANTUNES, LUOINACCI, 2008).

A ocorrência de mortalidade por esse procedimento gira em torno dos 5% e a morbidade em torno de 50% nas maiores casuísticas. A sobrevida em cinco anos variou de 20 a 70% sendo em média de 50% nos estudos incluídos na revisão sistemática de pacientes submetidas à exenteração pélvica (SIGNORINI FILHO et al., 2014).

Na Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas (FCECON) são realizadas em média 22 cirurgias de exenteração pélvica por ano, destacando-se que para cada 100 casos de carcinoma de colo uterino, 2,2% acabam necessitando do procedimento (STEPHANI, 2014). A literatura não é vasta nesta estatística igualmente em outros serviços, como: qual é o protocolo utilizado para se definir que pacientes serão submetidas a esta cirurgia, qual o prognóstico, qual fluxo que deve seguir no hospital para obtenção do diagnóstico, estadiamento, indicação cirúrgica, cuidados pré e pós-operatórios e seguimento.

Pensando na otimização da assistência a essas pacientes, observou-se a necessidade de padronização dos processos médicos e processos organizacionais para a realização da exenteração. Como não há na literatura médica consultada, base de dados Pubmed, Lilacs, *Web of Science*, um protocolo consolidado, e por ser um tema muito específico, procurou-se um modelo que reunisse especialistas na realização do procedimento para construir um instrumento de coleta de dados – questionário - e assim formular um protocolo de exenteração pélvica.

O método Delphi é uma forma de pesquisa qualitativa que reúne questionários para organizar opiniões e respostas de um grupo de especialistas em determinado assunto, agregando julgamentos individuais na construção de uma resposta adequada para solucionar um problema que é pouco frequente, mas, que necessita de uma solução (CUTRIM; TRISTÃO; TRISTÃO, 2016).

Inicialmente idealizado para pesquisa de Defesa Militar, o método Delphi, foi sendo aperfeiçoado ao longo de mais de mais de seis décadas, tendo sido aplicado nas diversas áreas do conhecimento humano como: administração, agronomia,

economia, educação, engenharia, indústrias, nutrição, enfermagem, medicina e tantos outros (MERCEDES; MERCEDES,2016).

Usualmente se utiliza duas ou mais rodadas de questionários e o número de participantes pode envolver de 10 a 15 (GIOVINAZZO, 2001), podendo atingir até o máximo de 30 (MAKKONEN et al., 2013). Para realização desta técnica o pesquisador deve ter em mente quatro fatores fundamentais: interação, anonimato, controle de *feedback* e resposta estatística do grupo (MAKKONEN et al., 2013).

Para a realização desta pesquisa, adotou-se uma série de eventos para produzir um questionário, sugerido pelo método Delphi, demonstrado na sequência apresentada a seguir:

Fase 1 - definição: tendo o problema em vista, traçar os objetivos dando as dimensões do mesmo e identificando possíveis fontes de informações;

Fase 2 - formação do grupo de especialistas: selecionar o grupo de participantes com características relevantes afins ao tema a ser desenvolvido, com interesse, tempo e aceitação em participar. Posteriormente, fazer contato com os participantes em potencial, para conseguir seu compromisso na participação. A amostra deverá ter entre 6 a 30 (seis a trinta) participantes;

Fase 3 - aplicação das rodadas de perguntas: elaborar o questionário inicial; aplicar o questionário; analizar as respostas; formular novos questionários quantas vezes forem necessários para obter um consenso para o objeto da pesquisa (elaboração do protocolo de exenteração pélvica);

Fase 4 - resultados: analisar as informações geradas nos questionários, calculando-se o nível de consenso em cada questão e o nível de importância deste para a pesquisa;

Fase 5 - elaboração do protocolo: construir o protocolo de exenteração pélvica.

Para as Fases 3 e 4 optou-se por elaborar o questionário num site de uma companhia especializada em realizar pesquisas chamado SURVEY MONKEY® (1999). Destarte, foi possível empregar o meio eletrônico para chegar ao participante, já que a proposta da pesquisa foi baseada em perguntas endereçadas a vários especialistas no Brasil, tendo amostras e experiências diferentes na condução do procedimento.

Algumas vantagens foram evidenciadas em realizar tal questionário nesta plataforma, assim como a pertinência em usar o método Delphi. Por exemplo, o site disponibiliza uma plataforma de fácil manipulação que permite criar as próprias perguntas ou utilizar algumas do seu banco de dados, pode ser estruturado todo questionário desde as logomarcas, as perguntas propriamente ditas até o compartilhamento com outros pesquisadores.

Ainda oferece várias ferramentas de uso para facilitar a comunicação entre pesquisador e participantes do questionário. Ao criar o banco de dados das perguntas e dos e-mails dos participantes, o site manda uma mensagem inicial com o objeto da pesquisa e o termo de participação que fica gravado no banco de dados. Existem ferramentas para convidar a responder, lembretes que podem ser programados com intervalos de tempo, tanto para o pesquisador quanto para o participante, a escolha do pesquisador, mensagens de agradecimentos, análise estatística automática conforme a necessidade do pesquisador, número de respostas completas, incompletas, tendências das respostas.

Permite ainda que os participantes emitam opinião sobre as questões, o que vem ao encontro da necessidade do método empregado.

2 JUSTIFICATIVA

O Estado do Amazonas é o estado brasileiro que tem a maior incidência de câncer de colo uterino. Ocorre, na prática diária do Serviço de Cirurgia Pélvica da FCECON, serviço de referência para tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico em pacientes portadoras de câncer de colo uterino avançado, em contraste com alguns serviços de igual natureza no Brasil, um alto índice de exenteração pélvica, com fins paliativos ou curativos para pacientes com recidiva central.

Na FCECON são realizadas cerca de 22 (vinte e duas) exenterações por ano, porém não se tem uma estatística local oficial, com resultados que aparentemente se mostrem satisfatórios, em função da experiência de seus cirurgiões. Apesar do caráter mutilador da cirurgia, não havendo opção terapêutica melhor para pacientes com câncer do colo uterino com recidiva central pós-radio quimioterapia, trata-se de procedimento que pode conferir aumento de sobrevida global e dar dignidade a pacientes com graves manifestações desta doença neoplásica.

No Amazonas, apesar de ser realizado com frequência, o procedimento da exenteração pélvica não há estabelecido um protocolo para a realização da cirurgia, fazendo com que também não haja uma padronização quanto à realização do procedimento, indicações e contraindicações e técnicas cirúrgicas empregadas. Propõe-se, então, elaborar um protocolo para a realização da exenteração pélvica, com utilização do método Delphi, visando sua adoção na FCECON, de forma a padronizar a abordagem de pacientes candidatas a este tipo de tratamento cirúrgico.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Elaborar um protocolo, a ser utilizado, no serviço de Cirurgia Pélvica da FCECON para a abordagem de pacientes que necessitem da exenteração pélvica.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar as indicações, contraindicações e procedimentos adotados por cirurgiões oncológicos que praticam o procedimento de exenteração pélvica habitualmente;
- Comparar os dados encontrados com a literatura pertinente e traçar uma proposta de protocolo para a execução da cirurgia.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 O câncer de colo de útero: registros históricos

O câncer de colo de útero é o terceiro tipo mais frequente de câncer e o segundo entre as mulheres (500.000 novos casos estimados), assim como se caracteriza como causa relevante de mortes. Mais da metade dos casos ocorrem em países subdesenvolvidos, com registro de crescimento contínuo na última década (INCA, 2018).

Ainda no começo do século XX, mais precisamente em 1920, o médico grego George Papanicolau, da Universidade de Cornell, em Nova Iorque, percebeu, ao estudar variações do colo uterino, alterações celulares neste órgão e aprofundando suas pesquisas e observações notou que essas alterações tinham relação com o aparecimento do câncer de colo uterino. Na década de 40, o teste de detecção destas alterações já era empregado na prática médica com a denominação de exame colpocitológico, nomenclatura atualmente empregada para o teste mais utilizado para detecção das lesões pré-malignas e carcinomas invasivos (MAMMAS; SPANDIDOS, 2012).

O câncer é a sequela mais temida dos infectados pelo HPV (Papilomavírus humano). Ele ocorre de 1 a 3% nos portadores do vírus, mais frequentemente no colo uterino, mas, pode incidir no ânus, pênis, vagina, orofaringe e boca (SILVA, 2015).

O HPV é considerado um dos maiores fatores de risco para neoplasia intraepiteliais cervicais (NIC) e para o câncer de colo uterino invasor. Existem cepas virais que são mais oncogênicas que outras como, por exemplo, 16,18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 55, 56, 58, 59 e 68. Ao passo que, os tipos, 61 81 e 84 são de menor risco oncogênico (JUNIOR, 2016).

A relação do HPV com câncer de colo uterino é na cifra de 98%, representando 6% de todos os cânceres femininos, respondendo pela segunda causa de mortes em mulheres portadoras de câncer, chegando a ser a primeira causa de morte no norte do Brasil e em alguns países subdesenvolvidos (INCA, 2018).

Cerca de 266.000 mulheres morrem anualmente no mundo por esta neoplasia e, no Brasil, somente no ano de 2018 são estimados 16.370 novos casos, com a incidência de 15,43 casos a cada 100.000 mulheres; os óbitos, por sua vez, atingiram, em 2015, a cifra de 5.727 (cinco mil setecentos e vinte e sete) nesse período (INCA, 2018).

O diagnóstico do câncer cervical na fase inicial, carcinoma microinvasor, alcança somente a 3% dos casos, para o qual é possível fazer uma cirurgia mais conservadora e com altos índices de cura, ao passo que a grande maioria dos cânceres no Brasil chega em estadiamento avançados, cerca de 60%. Tais casos necessitam de quimioterapia, radioterapia, cirurgias de resgate (exenterações pélvicas, histerectomias radicais) e nem sempre é possível o controle total (INCA, 2018).

Como os resultados de curabilidade estão diretamente ligados ao estadiamento, e este sendo de extrema relevância para a escolha adequada do tratamento, faz-se necessário saber como estadiar a doença do colo uterino. Para isso, as duas classificações mais utilizadas atualmente são: o sistema TNM (*Tumor, Number of Lymph Gland, Metastasis*) desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) (ANEXO A) e o sistema desenvolvido pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (ANEXO B). Como 60% (sessenta por cento) dos cânceres de colo uterino chegam em estadiamento avançado, é importante descrever sobre câncer de colo uterino avançado (INCA, 2018).

Entende-se por neoplasia maligna avançada, aqueles tumores cujo estadiamento está entre Ib2 até IVb (ANEXO B). Para esses, o tratamento cirúrgico deixa de exercer o principal papel no controle da doença e cede lugar aos tratamentos radioterápico e quimioterápico (VEERASARN et al., 2007).

O tratamento para os tumores de Ia1 até Ib1 é cirúrgico. Wertheim (1912), idealizou a histerectomia radical, utilizada até hoje e Meigs (1944) introduziu a linfadenectomia pélvica bilateral. A partir de então o procedimento ficou conhecido como cirurgia de Wertheim-Meigs (TSUNODA et al., 2015).

A cirurgia de Wertheim-Meigs consiste na remoção do útero, os 25% proximais da vagina, ligamentos útero- sacros, ligamentos útero-vesicais e ambos os parametrios. Associa-se também a linfadenectomia pélvica, incluindo as quatro maiores estações linfonodais: ureteral, obturadora, hipogástrica e ilíaca (WAGGONER, 2003).

A histerectomia radical teve uma evolução técnica quanto à via de acesso quando foi lançada a laparoscopia. Em 1989, Nezhat e colaboradores realizaram a primeira histerectomia radical laparoscópica. Desde então vem sendo empregada como alternativa no tratamento do câncer de colo uterino inicial. Sendo avaliado por diversas equipes no mundo vários aspectos da cirurgia, como efetividade oncológica,

tempo de internação, tempo cirúrgico, complicações perioperatórias, intervenções e outros parâmetros técnicos da cirurgia (TSUNODA et al., 2015).

O tratamento do câncer de colo uterino avançado (Ib2 até IVa) também costumava ser cirúrgico, porém com resultados questionáveis. Até 1999, dados na literatura eram controversos quanto à radioterapia exclusiva e radioterapia combinada com quimioterapia, porém, naquele ano foram publicados cinco grandes estudos clínicos, prospectivos e randomizados de fase III demostrando que a quimiorradioterapia baseada em cisplatina foi capaz de reduzir de 30 a 50% o risco de morte por câncer do colo uterino (estes estudos compararam quimiorradioterapia com cisplatina versus radioterapia exclusiva ou com quimiorradioterpia baseada em hidroxiureia).

Juntos, esses estudos envolveram 1894 mulheres com câncer de colo uterino de diversos estágios que exigiam radioterapia (VEERASARN et al., 2007) e demonstraram o aumento de sobrevida global e probabilidade de desenvolvimento de doença à distância. E assim foi estabelecido a radio e quimioterapia como tratamento padrão para os tumores colo uterino avançados (VEERASARN et al., 2007).

Apesar dos bons resultados do tratamento não cirúrgico do câncer de colo uterino avançado, falhas no tratamento e dependendo de como a doença progredia, deram lugar ao tratamento de resgate na forma de histerectomia radical para recidiva, apenas no útero e no terço superior da vagina, ou exenteração pélvica para as recidivas centrais (WAGGONER, 2003; PEIRETTI et al., 2012).

4.2 Exenteração pélvica

O procedimento cirúrgico chamado Exenteração Pélvica foi descrito inicialmente por Alexander Brunschwig (1948), na cidade de Nova Iorque, no Memorial Hospital Center for Cancer and Allied Diseases, para tratar um caso paliativo de câncer de reto invadindo bexiga e assoalho pélvico. Primariamente idealizou a cirurgia para tumores da pelve feminina, mas, pelo sucesso do caso, ele resolveu primeiro publicar esse relato. Nas séries de casos que sucederam à descrição foi observado 23% de mortalidade operatória e um número razoável de pacientes vivos a longo prazo (BRUNSCHWIG, 1948).

Com o passar dos anos, e mais especificamente nos últimos 50 anos, com os avanços tecnológicos em materiais médico-cirúrgicos, drogas anestésicas,

parâmetros de monitorização, técnicas operatórias, cuidados de terapia intensiva e seleção dos pacientes, houve acentuada queda da mortalidade por este tipo de cirurgia, para níveis que oscilam entre 0,5 a 3% (COSTA; ANTUNES; LUPINACCI, 2008).

A cirurgia de exenteração pélvica consiste na ressecção em monobloco dos órgãos genitais feminino, em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga), o reto e sigmóide. Atualmente, para o câncer de colo uterino avançado, é uma técnica utilizada nas recidivas centrais, ou seja, quando estas ocorrem por invasão de órgãos adjacentes ao útero ou colo uterino, como vagina, bexiga, porção distal dos ureteres, reto, ânus e, mais raramente, vulva, na ausência de metástases hepáticas, peritoneais, pulmonares ou ósseas, denotando doença somente situada na linha média do corpo, onde ainda há possibilidade de cirurgia curativa (VIEIRA, 2009).

Pode ainda ser indicada como terapia paliativa para aqueles casos onde a paciente tem Performance Status (PS) para ser submetida à cirurgia, ou ainda para correção de fístulas complexas, embora estas indicações sejam bastantes questionáveis pela complexidade e morbidade em relação à sobrevida dessas pacientes (COSTA; ANTUNES; LUPINACCI, 2008).

A exenteração pélvica pode ser classificada quanto aos órgãos ressecados, como anterior, posterior e total. Na exenteração anterior, excisa-se em monobloco os órgãos genitais femininos em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga). Na exenteração posterior, por sua vez, é realizada a ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos em conjunto com o retossigmóide (COSTA; ANTUNES; LUPINACCI, 2008).

As exenterações pélvicas classificam-se quanto à preservação do assoalho pélvico, nas supralevantadoras, que o preservam, e nas infralevantadoras em que é realizada a ressecção de todo aparelho esfincteriano, bem como a porção inferior da vagina, vulva, períneo, ânus e a uretra (SIGNORINI FILHO et al., 2014).

Existe ainda uma classificação para as infralevantadoras quanto à preservação de estruturas do períneo:

tipo 1 - remove-se apenas o complexo esfincteriano;

tipo 2 - acrescenta-se ao tipo 1 a remoção da vagina e;

tipo 3 - soma-se ao tipo 2 a ressecção da vulva.

A exenteração supralevantadora tem sua maior indicação para os tumores pélvicos que não envolvam o assoalho pélvico, podendo, desta forma, estar associada a maiores índices de conservação esfincteriana. Em contrapartida, a exenteração infralevantadora é habitualmente reservada para os casos em que ocorrem o envolvimento dessas estruturas do assoalho pélvico ou para casos de tumores pélvicos volumosos que impossibilitem uma abordagem exclusivamente por via abdominal (PEIRETTI et al., 2012).

4.3 O Método Delphi

Para tomada de decisões podem ser utlizados vários métodos, dentre eles os mais conhecidos são: Grupo Nominal, *Brainstorming* e Delphi. (SELVA-RUIZ; DOMÍNGUEZ-LIÑAN; RUIZ-PÉREZ, 2017).

- **Método do Grupo Nominal**

Este método foi desenvolvido por Delbecq e colaboradores (1971), como uma técnica de dinâmica de grupo para tomada de decisão em grupo (consenso) de um determinado problema através de uma votação. Encontra-se estruturado para a geração de ideias coletivas por meio do incentivo à participação equilibrada, minimizando as diferenças e permitindo a interação dos diversos saberes envolvidos no assunto. É utilizado nos casos em que o tempo é um limitador para escolha de opções.

Trata-se de um método que reúne especialistas escolhidos sobre o tema, também conhecido por Painel de Especialistas, havendo necessidade de os participantes estarem reunidos em um só lugar ao mesmo tempo. (ARAUJO et al., 2016).

- **Método *Brainstorming***

Também conhecido como método “tempestade de ideias” foi desenvolvido por Alex F. Osborn, em 1938, presidente na época de uma importante agência de publicidade norte-americana, consistindo de técnica de dinâmica de grupo que tende a explorar atividade criativa de um grupo em resolver um problema previamente estabelecido. Necessita reunir um grupo em um determinado local ao mesmo tempo, onde um indivíduo formula o problema e os participantes geram soluções (não há

necessidade, no primeiro momento, em limitar as ideias), as ideias são agrupadas em determinados temas até gerar um consenso e alcançar a resposta para o problema (MARQUES, 2017).

❖ **Método Delphi**

Consiste em uma técnica desenvolvida por Olaf Helmer e colaboradores, da Rand Corporation, no início da década de 50, em Santa Mônica, Califórnia, Estados Unidos da América, quando a equipe trabalhava em pesquisa de Defesa Militar. Recebeu a denominação de "Projeto Delphi" por inspiração no antigo oráculo de Delfos (Grécia) que se refere à alguém de sabedoria e conhecimento inquestionável ou de autoridade infalível (SHARKEY; SHARPLES, 2001; FUNK; WAGNALLS, 1966).

Desde então, o método vem sendo desenvolvido e aplicado em diversas áreas como: Cuidados com pacientes críticos, Cuidados de Enfermagem, Educação em enfermagem, Administração e Geopolítica (CUTRIM; TRISTÃO; TRISTÃO, 2016; SHARKEY; SHARPLES, 2001).

O método Delphi se caracteriza por ser um método de tomada de decisão em grupo, criado para pesquisar e coletar opiniões de especialistas sobre um determinado tema. Apresenta característica particular que o diferencia dos outros métodos de tomada de decisão (método do grupo nominal ou *brainstorming*) em que conta a opinião dos participantes da pesquisa de forma individual, sem interferência do pesquisador e sem troca de ideias entre os mesmos. (SELVA-RUIZ; DOMÍNGUEZ-LIÑAN; RUIZ-PÉREZ, 2017).

Linestone e Turoff (1975) definiram: “O Delphi pode ser caracterizado como um método para estruturar um processo de comunicação grupal para que o processo seja efetivo para permitir que um grupo de indivíduos, como um todo, lide com um problema complexo.” (YOUSUF, 2007).

Por definição este método é um processo grupal que envolve uma interação entre o pesquisador e um grupo de especialistas em um assunto específico, na maioria das vezes com o emprego de uma série de questionários. O Delphi tem sido usado para obter um consenso, usando um sistema de coleta de informações. Em meados de 1973, essa técnica já fora identificada como um método para obter opiniões em questões complexas, onde informações precisas não estão disponíveis (SKUTSCH; HALL,1973).

Tendo em vista sua metodologia, o modelo é oferecido como uma estratégia relativamente flexível que permite autonomia para adaptar sua dinâmica regular aos objetivos da investigação que se quer realizar (MERCEDES; MERCEDES, 2016).

O método Delphi foi escolhido para desenvolvimento deste trabalho pela flexibilidade que o mesmo permite ao pesquisador e pela amostra selecionada. A amostra selecionada englobou cirurgiões oncológicos brasileiros, de várias regiões do país, o que impossibilitaria os outros métodos citados, já que se faz necessário uma reunião presencial.

Para que o trabalho com método Delphi funcione, há necessidade de preservação de certas características gerais do método, haja visto a variabilidade de seu emprego (MERCEDES; MERCEDES, 2016). As características são as seguintes:

Interatividade - os participantes expressam suas opiniões e análises em diversas oportunidades, tendo condições de verificar, também, o que os outros especialistas têm a optar sobre o tópico, quando do emprego dos questionários;

Anonimato - os participantes podem ver as respostas dos outros especialistas, porém sem identificá-los, o que permite a livre opinião, sem a influência, por exemplo, de líderes do assunto nas respostas dos menos experientes;

***Feedback* controlado** - o investigador é quem recebe e analisa as respostas produzindo um novo questionário para consulta, dando ênfase no objetivo de sua pesquisa, tendo o cuidado de representar sempre todas as opiniões dos participantes;

Resposta estatística do grupo - cada rodada de perguntas deve ser analisada e retroalimentar os participantes, podendo orientar ou não outras perguntas nas rodadas seguintes, porém sempre com análise estatística das respostas.

Na saúde, há trabalhos na literatura referenciando o uso do método Delphi com aplicabilidade em saúde pública. Nas bibliotecas virtuais e banco de dados, há poucos registros de trabalhos realizados quanto aos procedimentos cirúrgicos ou aspectos organizacionais de processos em pacientes cirúrgicos (ALPENDRE, 2017).

A técnica Delphi utiliza um painel como amostra da população. No caso desta pesquisa, profissionais especialistas em Cirurgia Oncológica que atuam em hospitais terciários especializados em Oncologia e que realizam com frequência cirurgias complexas como a exenteração pélvica, entendem a necessidade de padronização nas condutas, frente a pacientes com estadiamento avançado.

O nível de consenso para justificar a adoção de um protocolo ou diretriz é condicionante reservada ao pesquisador e, na literatura, varia de 50% a 80% (CASTRO; REZENDE, 2009).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo qualitativo, prospectivo, por conveniência do tipo intencional e probabilístico, no qual foi elaborado um questionário contendo perguntas diretas relacionadas ao procedimento de exenteração pélvica tipo: indicação, contraindicação, técnica empregada.

O trabalho foi desenvolvido no período de setembro de 2015 a setembro de 2017, tendo sido utilizado para a construção do protocolo, o método Delphi.

5.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCECON, recebendo o CAEE nº 88333718.2.0000.0004 e parecer número 2.654.191 (ANEXO C).

Os profissionais convidados a participar da elaboração do protocolo, foram incluídos após terem a anuência TCLE que era enviado na primeira página do email para os participantes e estes somente poderiam prosseguir para as páginas do questionário uma vez que aceitassem o termo enviado (APÊNDICE A).

5.3 Características da amostra

Cirurgiões de alguns Serviços de Cirurgia Oncológica do país, pertencentes à Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), com experiência na realização da exenteração pélvica e os cirurgiões oncológicos da FCECON.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

5.4.1 Critérios de Inclusão

- Cirurgiões de vários Serviços de Cirurgia Oncológica, pertencentes à Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO), residentes no país, com experiência em realizar a exenteração pélvica, sem restrição de tempo de formação e de atuação, de ambos os sexos;
- Líderes de equipes relacionadas ao tema estudado, considerados como referência em consultas sobre o assunto.

5.4.2 Critérios de Exclusão

- Cirurgiões que não responderam completamente qualquer um dos dois questionário;
- Cirurgiões que retiraram o consentimento.

5.5 Tamanho da amostra

O número mínimo de participantes sugerido em uma elaboração de consenso, utilizando o método Delphi, pode variar de 10 a 30 (GIOVINAZZO, 2001; MAKKONEN et al., 2013). O método Delphi não utiliza cálculo estatístico para definir o número ideal de especialistas para que o consenso seja adequado. Sugere a escolha dos participantes de acordo com o seu conhecimento, sempre privilegiando escolher os melhores qualificados do serviço (HSU, 2007).

Para este estudo foram convidados 45 (quarenta e cinco) participantes. Para a escolha dos participantes foi lançada a intenção da pesquisa na rede social WhatsApp® da SBCO, que congrega todos os cirurgiões oncológicos do Brasil. Já que a especialidade de cirurgia oncológica é abrangente e nem todos os profissionais têm interesse no tema proposto pela pesquisa, foi criado um grupo, também na mesma rede social, pelo diretor de comunicação da SBCO chamado Exenteração Pélvica, cujo objetivo era reunir os interessados no procedimento. Neste grupo foram incluídos 45 participantes.

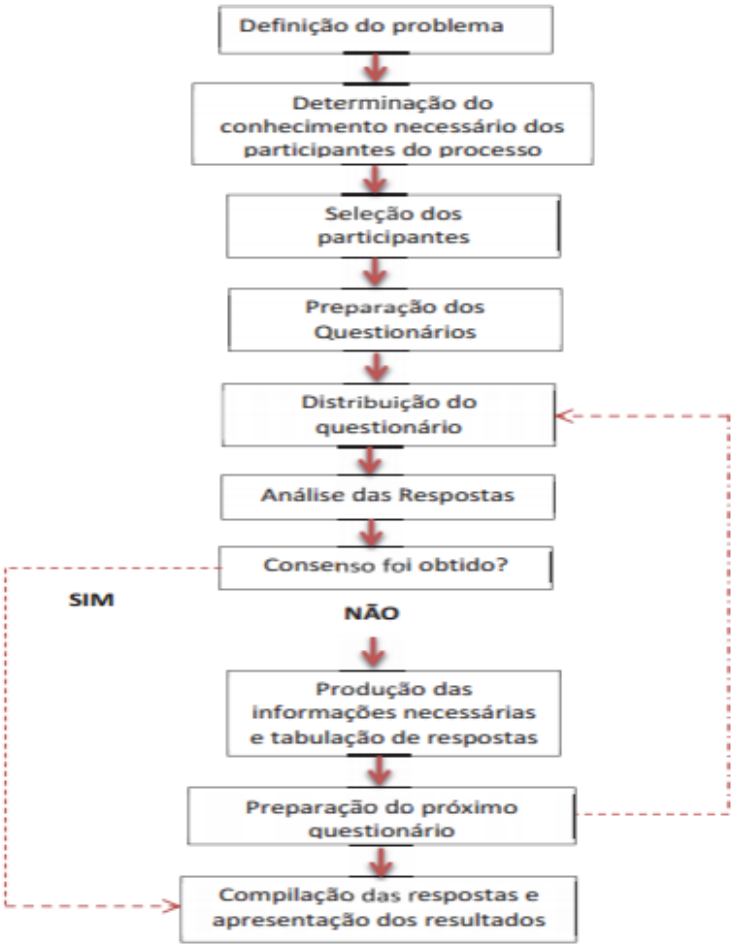
5.6 Construção do instrumento de coleta de dados

Os passos para construção do questionário estão explicitados a seguir:

1. Escolheu-se o site de pesquisa (SURVEY MONKEY®);
2. Criou-se uma senha e nome para login;
3. Foi feito o preenchimento de dados cadastrais;
4. Dentre as versões disponíveis, básico (grátis), standard, avançado e Premium, escolheu-se a Premium;
5. Preencheu-se a ficha cadastral com dados pessoais e bancários do pesquisador;
6. Elaborou-se um banco de dados para as perguntas (primeiro e segundo questionário);

7. Coletou-se os e-mails de todos participantes que aceitaram sua inclusão na pesquisa;
8. Criou-se um banco de dados com os e-mails, contas nas redes sociais como Facebook® e WhatsApp®, opções que o site oferece para resposta dos questionários, e envio dos questionários;
9. Foram enviados alertas para pessoas que não responderam ou responderam incompletamente, ferramenta disponibilizada pelo site;
10. Formulou-se uma mensagem de agradecimento enviada automaticamente, após o término de reposta dos questionários;
11. Após a coleta de dados, estes foram analisados estatisticamente pelo programa do site que disponibilizou várias formas para análise dos dados;
12. Analisou-se os dados de maneira individual, das respostas às perguntas dos questionários, em gráficos.

Figura 1 - Fluxograma do método Delphi para elaboração do instrumento de coleta de dados (questionário)



Fonte: Munaretto, Luiz Corrêa, Cunha (2013).

O questionário foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa, a de perguntas estruturantes, preocupou-se em estabelecer os conceitos sobre o que se entende por exenteração pélvica, recaída ou persistência de doença e quanto à classificação do procedimento. Perguntas foram formuladas para discutir itens relacionados às indicações e contraindicações do procedimento e seleção de pacientes, bem como a respeito de avaliações multidisciplinares (profissionais de enfermagem, psicólogos, cirurgiões, oncologistas clínicos e radioterapeutas) que as pacientes com câncer de colo uterino avançado devem ter, visando atendimento global de suas necessidades.

Foram registradas questões relacionadas aos aspectos institucionais, como prioridades em setores e fluxograma de atendimento setorizado e outras sobre os processos propriamente ditos da cirurgia no que concerne a condutas pré, trans e pós-operatórias como: preparo intestinal, ligadura da artéria ilíaca tipos de reconstruções intestinais, urinárias, vaginal, material utilizado em determinadas etapas da cirurgia.

Foram registradas, também, questões que permitiram que mais de uma alternativa pudesse ser escolhida, sendo que delas foram extraídos os itens mais votados para composição das assertivas da segunda etapa do questionário, de questões arrematadoras, ou seja, as que procuraram o consenso em relação ao que deve ser proposto no Protocolo de Exenteração Pélvica da FCECON.

5.7 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois questionários formulados pelo pesquisador para coleta de dados: o questionário da primeira etapa (questões estruturantes) e o questionário da segunda etapa (questões arrematadoras), conforme serão apresentados em Resultados.

5.8 Análise estatística

A estatística descritiva foi empregada para os itens de cada questão e utilizado cálculo de percentagem entre as respostas consideradas válidas. Empregou-se o programa da plataforma SURVEY MONKEY®, para registro e análise dos dados.

Considerou-se haver consenso quando determinada questão atingisse 65% (sessenta e cinco por cento) ou mais, de concordância entre os participantes; algumas questões não atingiram tal nível de consenso, mas demonstraram tendências de

comportamento. Isso se deu por conta do tipo de pergunta que foi feita, com a opção de mais de uma alternativa para escolher, o que não invalida o método, dada a flexibilidade que o mesmo apresenta. Sentiu-se necessidade de discutir cada questão para melhor aproveitar os dados fornecidos pela pesquisa.

6 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com médicos cirurgiões oncológicos da FCECON e membros da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) para elaborar protocolo de exenteração pélvica a ser empregado nas Instituições brasileiras de oncologia, mas, principalmente, na FCECON.

Foram convidados 45 especialistas dos quais 24 abriram o questionário, representando 53,3% dos convidados. Dezessete não abriram o questionário (37,8%) 4 foram devolvidos (8,9%). Dos 24 participantes que começaram a responder o questionário, 14, equivalente a 58,3% responderam 100% das perguntas.

As perguntas formuladas com as respectivas respostas estão demonstradas nas tabelas a seguir.

As tabelas de 1 a 11 são relativas à primeira etapa do questionário, de Questões Estruturantes em que se pretendeu obter informações dos participantes quanto ao conceito para definição do procedimento denominado “exenteração pélvica”, delimitando o tema a ser abordado nas questões seguintes. Em seguida foi endereçado às participantes, perguntas relativas à indicação, contraindicação e aspectos relacionados à seleção das pacientes como, por exemplo, (IMC, índice de Karnofisky, escore do *Eastern Cooperative Oncology Group*-ECOG), exames laboratoriais, exames de imagem para planejamento/ estadiamento.

Demonstrou-se nas tabelas, questões relativas aos aspectos organizacionais como por exemplo, necessidade de discussão multidisciplinar, consultas com especialistas de outras áreas (estomatologia, psicologia), prioridade das pacientes portadoras de câncer colo uterino avançado nos diversos setores do hospital e fluxogramas exclusivos para estas pacientes, necessidade de pós-operatório em ambiente de terapia intensiva e uso de dispositivos para prevenção de eventos tromboembólicos.

Segue no questionário, demostrado nas tabelas, a opinião dos especialistas quanto às condutas relacionadas aos períodos pré-operatórios como preparo intestinal, aos períodos intra e transoperatórios, como ligadura da artéria ilíaca interna, reconstrução urinária e do trânsito intestinal, reconstrução vaginal, reconstrução do assoalho pélvico, tratamento do oco pélvico. Tipo de via para abordagem da cirurgia, como a laparoscópica e robótica.

Foi visto também a opinião dos especialistas quanto ao material usado nas etapas cirúrgicas da exenteração pélvica, como por exemplo, o tipo de sonda a ser usada na reconstrução urinária, a necessidade de drenagem da alça urinária com sonda de Foley e, material usado para drenagem da cavidade abdominal.

Ainda foi evidenciado a opinião dos especialistas no período pós-operatório quanto à necessidade de recuperação em ambiente de UTI, quantidade de dias de permanência das sondas e drenos utilizados.

Os dados obtidos estão apresentados nas tabelas de 1 a 11 (questões estruturais) e de 12 a 21 (questões arrematadoras).

6.1 Questões Estruturantes

Tabela 1 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 4.

Q1. Como você definiria exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Procedimento de ressecção em monobloco de bexiga, útero, ovários, reto.	71,43	10
b) Item a incluindo ânus, vagina e vulva.	14,29	2
c) Itens a) e b).	21,43	3
d) Não há relevância em definir exenteração pélvica.	0	0

Q2. Como você classificaria a exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Exenteração posterior, anterior e total	35,71	5
b) Exenteração supralevantadora, infralevantadora	0	0
c) Itens a) e b).	64,29	9
d) Não há necessidade de classificação, vez que a cirurgia será mutiladora de qualquer jeito.	0	0

Q3. Quais órgãos você consideraria recaída central dos tumores?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Bexiga	84,62	11
b) Reto	61,54	8
c) Oco pélvico	38,46	5
d) Paramétrios	46,15	6

Q4. Quanto tempo você considera para determinar se a lesão se trata de recaída ou persistência de doença?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) 1 ano após tratamento primário	7,14	1
b) 2 anos após tratamento primário	7,14	1
c) 6 meses após tratamento primário	78,57	11
d) 3 meses após tratamento primário	7,14	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 2 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 5 a 8.

Q5. Em que situações você indicaria a exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Recaída central	85,71	12
b) Tumor volumoso de colo uterino maior de 4 cm	0	0
c) Paciente com tumor necrosado; infectado.	28,57	4
d) Recaída central associada à metástase linfonodal única retroperitoneal com fístula retovaginal.	28,57	4

Q6. Qual classificação do estado geral do paciente você costuma usar?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) IMC (índice massa corporal) + grau de desnutrição	0	0
b) Score de *Karnofsky*	14,29	2
c) Score do *ECOG* (*Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status*	28,57	4
d) Itens b) e c).	71,43	10

Q7. Utilizando o Score do *ECOG*, até qual score você realiza a exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Somente score 0.	7,14	1
b) Score 1	57,14	8
c) Score 2	35,71	5
d) Score 3	0	0

Q8. Na sua opinião, as pacientes candidatas à exenteração pélvica deveriam passar por discussão multidisciplinar?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Não, como se trata de procedimento cirúrgico, é uma decisão do cirurgião.	0	0
b) Sim, todas as pacientes passariam pela discussão.	92,86	13
c) Às vezes. Deve ser individualizada a necessidade caso a caso.	0	0
d) Talvez, se houver disposição do grupo em fazer a discussão.	7,14	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 9 a 12.

Q9. Na sua opinião, qual a importância da avaliação do estomaterapeuta no pré-operatório para marcação e orientação das ostomias?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Muito importante.	71,43	10
b) Importante.	21,43	3
c) Pouco importante.	7,14	1
d) Não é importante.	0	0

Q10. Na sua avaliação, qual a importância da avaliação psicológica no pré-operatório da exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Muito importante.	78,57	11
b) Importante.	14,29	2
c) Pouco importante.	7,14	1
d) Não é importante.	0	0

Q11. Quais exames pré-operatórios você acha necessário para avaliação do planejamento cirúrgico/estadiamento?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Exame físico, Ressonância Nuclear Magnética de pelve, tomografia computadorizada de abdômen superior e tórax.	42,86	6
b) Exame físico, Ressonância Nuclear Magnética de pelve, tomografia computadorizada de abdômen superior, tórax e PET-SCAN.	57,14	8
c) Exame físico, tomografia de pelve, abdômen superior e tórax.	7,14	1
d) Exame físico, Ressonância Nuclear Magnética de pelve, ultrassonografia de abdômen total, raio X de tórax.	0	0
COMENTÁRIOS		3

Q12. Quais achados do exame físico, que, ao serem detectados, fariam com que você contraindicasse o procedimento cirúrgico?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Síndrome de Fossa obturatória.	42,86	6
b) Ascite.	57,14	8
c) Derrame Pleural.	57,14	8
d) Massa abdominal palpável.	14,29	2

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 4 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 13 a 16.

Q13. Quais achados laboratoriais você leva em consideração para contraindicar o procedimento cirúrgico?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Anemia Crônica.	0	0
b) Creatinina acima de 2.	21,43	3
c) Potássio acima de 4,5.	7,14	1
d) Leucocitose acima de 12000.	7,14	1
e) Nenhuma das anteriores.	71,43	10

Q14. Quais as comorbidades que você acha que contraindicam a exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Obesidade.	30,0	3
b) *Diabetes melitus*.	0	0
c) Insuficiência renal.	70,0	7
d) Hipertensão arterial sistêmica.	0	0
e) Idade acima de 65 anos.	10,0	1

Q15. Quais achados de imagem você acha que contraindicariam a cirurgia?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Extensão da doença na parede pélvica.	57,14	8
b) Linfadenopatia ilíaco-obturatória.	7,14	1
c) Linfadenopatia paraórtica.	78,57	11
d) Hidronefrose grau 3.	7,14	1

Q16. Em quais casos você indicaria exenteração pélvica de caráter paliativo?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) *Performance Status* 0, fístula vesicovaginal, com 2 comorbidades.	54,55	6
b) *Performance Status* 2, fístula vesicovaginal sem comorbidades.	18,18	2
c) *Performance Status* 0, com suboclusão intestinal.	36,36	4
d) *Performance status* 2, com lesão grande de vulva ou região perineal.	63,64	7

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 5 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 17 a 20.

Q17. Você acha que essas pacientes deveriam ter prioridade nos diversos setores do hospital?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Sim.	64,29	9
b) Não.	7,14	1
c) Depende do caso.	28,57	4
d) Não acho que fará diferença.	0	0

Q18. Ainda do ponto de vista institucional, qual a importância de ter escrito um fluxograma de atendimento dessas pacientes nos diversos Setores?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Muito importante.	71,43	10
b) Importante.	28,57	4
c) Pouco importante.	0	0
d) Não é importante.	0	0

Q19. Você acha que todo paciente submetido à exenteração pélvica deve fazer pós-operatório em ambiente de UTI?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Sempre.	100,0	14
b) Nunca.	0	0
c) Só se apresentar comorbidades prévias.	0	0
d) Depende da estabilidade hemodinâmica intraoperatória.	0	0

Q20. Qual a importância que você dá para uso de botas pneumáticas antitrombóticas para as pacientes candidatas à exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Muito importante.	92,86	13
b) Importante.	7,14	1
c) Pouco importante.	0	0
d) Não é importante.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 6 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 21 a 24.

Q21. Qual a importância do preparo intestinal no pré-operatório para pacientes que serão submetidas à exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Muito importante.	15,38	2
b) Importante.	15,38	2
c) Pouco importante.	46,15	6
d) Não é importante.	23,08	3

Q22. Você acha importante a ligadura da artéria ilíaca interna como tempo obrigatório da exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Muito importante.	0	0
b) Importante.	14,29	2
c) Pouco importante.	71,43	10
d) Não é importante.	14,29	2

Q23. Nas exenterações totais (ET), qual tipo de técnica de reconstrução urinária você recomenda?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Ureteroileostomia terminal a *Bricker.*	57,14	8
b) Colostomia úmida com anastomose a 10 -12 cm.	64,29	9
c) Neobexiga com bolsa ilegal.	7,14	1
d) Ureterostomia cutânea.	7,14	1

Q24. Nas ET, qual a sua experiência em reconstrução vaginal?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
a) Realizei 1 vez.	0	0
b) Realizei mais de uma vez	21,43	3
c) Realizei mais de 10 vezes.	0	0
d) Nunca realizei.	78,57	11

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 7 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 25 a 28.

Q25. Por se tratar de doença avançada, já irradiada, o que você acha, nas pacientes submetidas a exenterações totais supralevantadoras, da reconstrução do trânsito intestinal?

OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS	
	%	N
Muito importante.	15,38	2
Importante.	23,08	3
Pouco importante.	38,46	6
Não é importante.	23,08	3

Q26. Na reconstrução urinária das exenterações, com que frequência que você realiza neobexiga?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Nunca.	57,14	8
b) De 1 a 5 vezes.	21,43	3
c) De 5 a 10 vezes.	14,29	2
d) Mais que 10 vezes.	7,14	1
e) Sempre realizo.	0	0

Q27. Como você faz o tratamento do oco pélvico?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Preenchimento com cólon direito.	21,43	3
b) Preenchimento com epíploon.	35,71	5
c) Itens a) e b).	35,71	5
d) Uso de tela abdominal.	0	0
e) Sonda de Foley insuflada.	28,57	4
f) Curativo de Mikulicz.	7,14	1

Q28. Que tipo de reconstrução pélvica você usaria para as exenterações infralevantadoras?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Retalho com grácil.	28,57	4
b) Retalho com reto abdominal.	42,86	6
c) Síntese primária.	57,14	8
d) Curativo de Mikulicz.	7,14	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 8 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 29 a 32.

Q29. Você tem alguma experiência com exenteração pélvica laparoscópica?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Nunca realizei.	50,0	7
b) Realizei de 1 a 5.	28,57	4
c) Realizei de 5 a 10.	21,43	3
d) Realizei mais de 10.	0	0

Q30. Qual a sua experiência em exenteração pélvica (qualquer técnica) robótica?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
e) Nunca realizei.	92,31	12
f) Realizei de 1 a 5.	7,69	2
g) Realizei de 5 a 10.	0	0
h) Realizei mais de 10.	0	0

Q31. Você já teve algum caso de abscesso pélvico crônico pós-exenteração pélvica?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Nenhum caso.	42,86	6
b) 1 a 5 casos.	50,0	7
c) 5 a 10 casos.	7,14	1
d) Mais que 10 casos.	0	0

Q32. Nas exenterações pélvicas posteriores, com preservação de canal anal, você acha importante fazer a reconstrução do trânsito

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Sim, sempre que possível.	71,43	10
b) Talvez, depende de cada caso.	14,29	2
c) Nunca, prefiro fazer derivação pela possibilidade de complicações pós-operatórias.	7,14	1
d) Sim, somente se conseguir usar duplo grampeamento (grampeador pélvico, e grampeador circular).	7,14	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 9 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 33 a 36.

Q33. Após exenteração pélvica, você acha necessário drenar a cavidade abdominal?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Não, nunca.	0	0
b) Talvez, depende do intraoperatório.	35,71	5
c) Sim, sempre independente do intraoperatório.	64,29	9

Q34. Em caso de afirmativo (sim ou talvez), no item acima, qual tipo de dreno você usa?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Blacke.	69,23	9
b) Jackson-Pratt.	0	0
c) Waterman (dreno túbulo-laminar).	30,77	4
d) Dreno suctor de sistema fechado.	30,77	4

Q35. Quanto tempo você deixa o dreno abdominal?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) De 1 a 3 dias.	0	0
b) De 3 a 7 dias.	64,29	9
c) De 7 a 10 dias.	35,71	5
d) Acima de 10 dias.	0	0
e) Só retiro dreno abdominal depois de retirar os cateteres ureterais.	0	0

Q36. Que tipo de sonda (cateter) você prefere para a reconstrução da via urinária na colostomia úmida?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Cateter duplo J.	46,15	7
b) Sonda de Levine.	15,38	2
c) Sonda de Nelaton.	38,46	5
d) Não uso sonda para reconstrução.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 10 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 37 a 40.

Q37. Que tipo de sonda (cateter) você usa na reconstrução uretral na ureteroileostomia (*Bricker)?*

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Cateter duplo J.	46,15	7
b) Sonda de Levine.	23,08	3
c) Sonda de Nelaton.	30,77	4
d) Não uso sonda para reconstrução.	0	0

Q38. Na confecção da colostomia úmida, você costuma colocar uma sonda de descompressão (Foley ou outra) na alça urinária?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Nunca.	21,43	3
b) Na minoria das vezes.	7,14	1
c) Na maioria das vezes.	14,29	2
d) Sempre.	57,14	8

Q39. Quanto tempo você deixa o cateter uretral (splint) após realização da derivação urinária?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Abaixo de 7 dias.	7,14	1
b) De 7 a 10 dias.	21,43	3
c) De 10 a 14 dias.	28,57	4
d) De 14 a 21 dias.	28,57	4

Q40. Nas exenterações pélvicas que envolvam ressecção intestinal (posterior ou total), você faz algum tipo de preparo intestinal?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Nunca.	7,14	1
b) Na minoria das vezes.	21,43	3
c) Na maioria das vezes.	14,29	2
d) Sempre, desde que não tenha obstrução intestinal.	57,14	8

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 11 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 41 e 42.

Q41. Se a resposta anterior for um dos itens "b", "c" e "d", qual tipo de preparo intestinal você prescreve?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Jejum pré-operatório 2 a 3 dias.	0	0
b) Dieta líquida sem resíduo.	15,38	2
c) Item "b", enteroclisma, óleo mineral	7,69	1
d) Item "b" + manitol.	23,08	4
e) Item "b" + enteroclisma + laxantes	69,23	9
f) Preparo transoperatório	0	0

Q42. Na reconstrução urinária das exenterações, com qual frequência que você realiza neobexiga?

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) Nunca.	57,14	8
b) De 1 a 5 vezes.	21,43	3
c) De 5 a 10 vezes.	14,29	2
d) Mais que 10 vezes.	7,14	1
e) Sempre realizo.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Diante das respostas obtidas após a aplicação da primeira parte do questionário, uma segunda rodada de perguntas foi implementada na tentativa de estabelecer consenso a respeito de questões controversas e confirmar as questões consensuais em forma de assertivas, para construção do texto do protocolo. As questões levantadas e as frequências das respectivas respostas podem ser observadas nas tabelas de número 12 a 21.

6.2 Questões Arrematadoras

Tabela 12 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 1 a 4.

Q1. A definição de exenteração pélvica é importante para delimitar o tema a ser discutido. O grupo de especialistas do protocolo de exenteração pélvica definiu como: PROCEDIMENTO DE RESSECÇÃO EM MONOBLOCO DE BEXIGA, ÚTERO, OVÁRIOS, RETO. QUANTO A ESTA ASSERTIVA:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE.	50,0	7
b) CONCORDO.	42,86	6
c) DISCORDO.	7,14	1
d) DISCORDO PLENAMENTE.	0	0

Q2. No questionário do protocolo classifica-se a exenteração pélvica em: exenteração anterior, posterior e total e ainda em supralevantadora e infralevantadora. Sobre esta assertiva:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE.	71,43	10
b) CONCORDO.	28,57	4
c) DISCORDO.	0	0
d) DISCORDO PLENAMENTE.	0	0

Q3. No protocolo de exenteração pélvica, para determinar que órgãos são considerados como recaída central da doença foram eleitos dois órgãos: bexiga e reto. A respeito desta assertiva:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE.	42,86	6
b) CONCORDO.	42,86	6
c) DISCORDO.	14,28	2
d) DISCORDO PLENAMENTE.	0	0

Q4. Foi considerado recaída ou persistência de doença a presença da mesma 6 meses após o tratamento da doença primária. Sobre essa afirmação você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	50,0	7
b) CONCORDA.	21,43	3
c) DISCORDA.	35,71	5
d) DISCORDA PLENAMENTE.	7,14	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 13 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 5 a 8.

Q5. A indicação da exenteração pélvica deve ser feita somente nas recidivas centrais. Sobre essa frase:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE.	0	0
b) CONCORDO.	78,57	11
c) DISCORDO.	7,14	1
d) DISCORDO PLENAMENTE.	14,29	2

Q6. No protocolo de exenteração pélvica, as condições para realizar a cirurgia exenterativa de caráter paliativo seriam *Performance Status* de 0-2, fístula vesicovaginal, duas comorbidades e lesão grande em vulva ou região perineal. Sobre essa assertiva, você

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	85,71	12
b) CONCORDA.	7,14	1
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q7. Para indicar um tratamento oncológico é necessário classificá-lo de acordo com a capacidade funcional do paciente, ou melhor, quanto a seu estado geral. Assim sendo, no Protocolo de exenteração pélvica usaremos os scores de Karnofsky e do ECOG *(Eastern Cooperative Oncology Group*) *Performance Status*. Sobre tal afirmação você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE.	42,86	6
b) CONCORDO.	42,86	6
c) DISCORDO.	0	0
d) DISCORDO PLENAMENTE.	14,29	2

Q8. Sobre o *Performance Status* (ECOG) das candidatas a exenteração pélvica pode ser realizado o procedimento do score 0 a 2, segundo o protocolo. A respeito desta assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	21,43	3
b) CONCORDA.	57,14	8
c) DISCORDA.	21,43	3
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 14 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 9 a 12.

Q9. Conforme o consenso dos especialistas do protocolo de exenteração pélvica, todas as candidatas à cirurgia passam por discussão multidisciplinar. Sobre este item você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	7,14	1
b) CONCORDA.	85,71	12
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	7,14	1

Q10. Todas as pacientes candidatas ao procedimento exenterativo passarão por avaliação pré-operatória com o estomaterapeuta. Você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	78,57	11
b) CONCORDA.	14,29	2
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q11. A avaliação do psicólogo para as pacientes candidatas a exenteração pélvica é de extrema importância e por isso no protocolo de exenteração pélvica todas as pacientes serão avaliadas por esse profissional. Sobre essa assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	85,71	12
b) CONCORDA.	7,14	1
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q12. Na avaliação do cirurgião oncológico no ambulatório, os exames para fazer o planejamento e estadiamento das pacientes portadoras de câncer de colo uterino avançado, pós-radioquimioterapia, devem ser EXAME FÍSICO, RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE PELVE, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME SUPERIOR E TÓRAX. O PET-SCAN deve ser individualizado conforme cada caso. Sobre essa frase você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	42,86	6
b) CONCORDA.	57,14	8
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 15 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 13 a 16.

Q13. Durante consulta ambulatorial das candidatas à exenteração pélvica, se for evidenciado ascite, derrame pleural ou síndrome de fossa obturatória, o procedimento deverá ser contraindicado. Sobre essa frase você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	42,86	6
b) CONCORDA.	42,86	6
c) DISCORDA.	14,29	2
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q14. Para adoção no protocolo, a realização de exames laboratoriais é importante para avaliação global da paciente, porém resultados laboratoriais como anemia crônica, creatinina acima de 2.0, potássio acima de 4,5 ou leucocitose acima de 12.000 devem contraindicar a exenteração pélvica. A respeito dessa afirmação, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	7,14	1
b) CONCORDA.	21,43	3
c) DISCORDA.	14,29	2
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0
e) OS DADOS LABORATORIAIS NÃO SÃO RELEVANTES	57,14	8

Q15. A presença de doenças clínicas pré-existentes como *Diabetes Mellitus*, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e a idade acima de 65 anos podem limitar alguns procedimentos cirúrgicos, mas não são contraindicações absolutas. Porém, a insuficiência renal é fator de contraindicação absoluta para cirúrgica. Sobre esta assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	57,14	8
b) CONCORDA.	7,14	1
c) DISCORDA	35,71	5
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0
e) NAO SE APLICA A CIRURGIA DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA.	0	0

Q16. Na avaliação dos exames de imagem pré-operatórios existem achados como hidronefrose grau 3, extensão da doença para a parede pélvica ou doença linfonodal paraórtica que podem contraindicar a cirurgia já no ambulatório. Para o protocolo de exenteração pélvica, se for evidenciado linfadenopatia paraórtica e/ou doença na parede lateral da pelve, será contraindicado o procedimento. Sobre essa assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	%
a) CONCORDA PLENAMENTE.	64,29	9
b) CONCORDA.	35,71	5
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 16 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 17 a 20.

Q17. Como a paciente candidata a cirurgia exenterativa já teve falha do tratamento e esta cirurgia se trata de tentativa de resgate do tratamento, neste protocolo a paciente terá prioridade nos diversos setores no hospital. A respeito desta assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	50,0	7
b) CONCORDA.	21,43	3
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	21,43	3

Q18. Nos diversos setores do hospital que adotar o protocolo de exenteração pélvica deverá ter um fluxograma de atendimento das pacientes candidatas ao procedimento. Sobre esta sentença você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	71,43	10
b) CONCORDA.	7,14	1
c) DISCORDA.	21,43	3
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q19. Todos as pacientes submetidas à exenteração pélvica, devem obrigatoriamente fazer o pós-operatório em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Para este Protocolo você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	71,43	10
b) CONCORDA.	28,57	4
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q20. Como a exenteração pélvica é uma cirurgia extensa e em região sabidamente com taxas elevadas de eventos trombóticos (Tromboembolismo Pulmonar, Trombose venosa profunda) o uso da bota pneumática antitrombótica deve ser feito em todas as cirurgias. Sobre essa afirmação você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	100	14
b) CONCORDA.	0	0
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 17 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 21 a 23.

Q21. O preparo intestinal já foi ponto de muita controvérsia, porém estudos como o projeto ACERTO já não recomendam tal procedimento. A maioria dos especialistas desse protocolo achou pouco importante ou mesmo não importante o preparo intestinal, por isso o preparo deve ser individualizado de acordo com a paciente. Diante dessa assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	35,71	5
b) CONCORDA.	42,85	6
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	14,28	2

Q22. Havendo necessidade de fazer o preparo intestinal para as pacientes candidatas à exenteração, este deve ser com dieta líquida sem resíduos por 2 a 3 dias, enteroclisma e laxantes. Acerca desta afirmativa você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	28,57	4
b) CONCORDA.	42,86	6
c) DISCORDA.	14,29	2
d) DISCORDA PLENAMENTE.	14,29	2

Q23. Alguns passos são fundamentais para a cirurgia transcorrer sem intercorrências (controle do sangramento, por exemplo). Porém, para a maioria dos especialistas a ligadura da artéria ilíaca interna não é passo obrigatório na exenteração pélvica. Você acha essa assertiva:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) MUITO CORRETA.	35,71	5
b) CORRETA.	64,29	9
c) POUCO CORRETA.	0	0
d) INCERTA.	7,14	1

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 18 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 24 a 27.

Q24. Passo fundamental relacionado à qualidade de vida é a presença e a quantidade de estomas. As exenterações pélvicas totais (ET) podem ter dois estomas (colostomia + ureteroileostomia) ou somente um estoma (colostomia úmida). No protocolo é dada a preferência pela colostomia úmida. Você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE.	64,29	9
b) CONCORDA.	35,71	5
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA COMPLETAMENTE.	0	0

Q25. A reconstrução vaginal é uma opção descrita, porém muito pouco realizada pelos cirurgiões oncológicos brasileiros, assim sendo, no protocolo não se recomenda fazer a reconstrução vaginal. Sobre essa assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	35,71	5
b) CONCORDA.	35,71	5
c) DISCORDA.	7,15	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	21,43	3

Q26. A reconstrução intestinal é passo cirúrgico a ser discutido. Para a maioria dos especialistas a reconstrução do trânsito, nas exenterações totais, foi pouco importante ou não foi importante para a maioria dos especialistas, assim sendo, essa decisão deve ser individualizada. Acerca desta afirmação, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	46,15	7
b) CONCORDA.	46,15	6
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	7,69	1

Q27. A reconstrução da via urinária com a técnica de neobexiga é pouco frequente entre os especialistas, por esse motivo o emprego deste procedimento deve ficar para casos individualizados. Sobre essa assertiva você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	35,71	5
b) CONCORDA.	64,29	9
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 19 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 28 a 31.

Q28. Nas reconstruções do assoalho pélvico das exenterações infralevantadoras, dá-se preferência para síntese primária dos tecidos adjacentes, porém há casos em que não é possível essa aproximação e a alternativa que mais se utiliza é o retalho do músculo reto abdominal. Sobre esta assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE	57,14	8
b) CONCORDA.	42,86	6
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q29. Sobre exenteração laparoscópica, a maior parte dos especialistas nunca realizou ou fez menos de 10 procedimentos do tipo. No protocolo ainda não se recomenda esta técnica para abordagem das pacientes. A respeito desta assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	42,86	6
b) CONCORDA.	50,0	7
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q30. A cirurgia de exenteração pélvica pela técnica robótica não é realidade entre os cirurgiões brasileiros. O único especialista que realizou o procedimento o fez menos de 5 vezes. Por enquanto, a modalidade não deve fazer parte do protocolo de exenteração pélvica. Sobre essa assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	35,71	5
b) CONCORDA.	57,14	8
c) DISCORDA.	7,14	1
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Q31. Nas exenterações pélvicas posteriores recomenda-se a reconstrução intestinal sempre que possível. A respeito desta assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE.	35,71	5
b) CONCORDA.	64,29	9
c) DISCORDA.	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE.	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 20 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 32 a 35.

Q32. A drenagem da cavidade abdominal é sempre tema de discussão entre os cirurgiões. No consenso dos especialistas do protocolo de exenteração, deve-se drenar a cavidade abdominal. Neste caso você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE	50,0	7
b) CONCORDA	50,0	7
c) DISCORDA	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE	0	0

Q33. Uma vez decidido drenar a cavidade abdominal deve-se escolher o tipo de dreno, O Dreno de Blacke® é o mais indicado para este fim. Você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMNETE	42,86	6
b) CONCORDA	57.14	8
c) DISCORDA	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE	0	0

Q34. Quanto às reconstruções urinárias, na colostomia úmida e na ureteroileostomia (Bricker) é necessária uma sonda, cateter, que molde o ureter nos primeiros dias, evitando estenose precoce. O uso do cateter duplo "J" é a melhor opção para tal finalidade. Sobre esta assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMANTE	57,14	8
b) CONCORDA	42,86	6
c) DISCORDA	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE	0	0

Q35. O tempo que o dreno deve ficar para seguimento no pós-operatório imediato deve ser entre 3 a 7 dias. Sobre esta assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDA PLENAMENTE	42,86	6
b) CONCORDA	57,14	8
c) DISCORDA	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 21 - Distribuição percentual e absoluta das respostas às questões de 36 a 38.

Q36. Para reconstruções urinárias, na colostomia úmida e na ureteroileostomia (Bricker) é necessária uma sonda, cateter, que molde o ureter nos primeiros dias, evitando estenose precoce. O uso do cateter duplo "J" é a melhor opção para tal finalidade. Sobre essa assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORNDA PLENAMANTE	57,14	8
b) CONCORDA	42,86	6
c) DISCORDA	0	0
d) DISCORDA PLENAMENTE	0	0

Q37. Uma das consequências imediatas das ostomias é o edema da alça intestinal, para que não sobrecarregue a alça urinária com peso da urina contida muitos adotam o uso de uma sonda de Foley® para descompressão. No protocolo de exenteração pélvica será usado como rotina. Sobre essa afirmação, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE	50,0	7
b) CONCORDO	50,0	7
c) DISCORDO	0	0
d) DISCORDO PLENAMENTE	0	0

Q38. O tempo de permanência do cateter é variável, no protocolo de exenteração pélvica recomenda-se retirada do cateter de 10 a 21 dias. A respeito dessa assertiva, você:

OPÇÕES DE RESPOSTAS	RESPOSTAS	
	%	N
a) CONCORDO PLENAMENTE	57,14	8
b) CONCORDO	42,86	6
c) DISCORDO	0	0
d) DISCORDO PLENAMENTE	0	0

Fonte: Dados da pesquisa.

7 DISCUSSÃO

Discutir-se-á, a seguir, cada domínio conceitual e de saberes a respeito do que importa padronizar quanto ao manejo de pacientes portadoras de câncer do colo uterino avançado, candidatas a tratamento pela exenteração pélvica à luz da literatura médica pertinente.

❖ Definição de exenteração pélvica

Foi definida a **exenteração pélvica** como a ressecção em monobloco de bexiga, útero, ovários e reto por 71,43% dos participantes. Brunschwig, em 1948, idealizador da cirurgia, definiu os órgãos a serem ressecados durante a exenteração pélvica: ânus, introito vaginal, uretra, clitóris, bexiga, canal anal, reto e sigmóide.

Esse conceito é de extrema importância para delinear o assunto a ser discutido na pesquisa. Verificou-se que os órgãos ressecados por Brunschwig são diferentes pelo proposto da pesquisa. Isso se deve ao fato da necessidade de, no desenvolvimento da cirurgia, classificar a exenteração pélvica quanto aos órgãos ressecados, pois nem todas as pacientes necessitam da retirada total dos órgãos pélvicos, fato que encaminha a outro domínio.

Na etapa número 2, obteve-se consenso quanto à definição dos órgãos ressecados.

❖ Classificação de exenteração pélvica

De acordo com as perguntas formuladas, a exenteração pélvica classifica-se em posterior, anterior e total, quanto aos órgãos ressecados, e em supralevantadora e infralevantadora, quanto à preservação do assoalho pélvico, por 64,29% (sessenta e quatro vírgula vinte e nove por cento) dos participantes na primeira etapa.

A exenteração pélvica é classificada em anterior, quando resseca-se a bexiga com o útero e anexos; em posterior, o útero e anexos com reto e; na total, todos os órgãos da pelve. Há ainda uma subclassificação em supralevantadora (tipo I), infralevantadora (tipo II) e com ressecção das estruturas vulvoperineais (tipo III). Na segunda etapa da pesquisa, alcançou-se consenso entre os participantes quanto à

classificação, havendo concordância com o relatado na literatura médica consultada (MAGRINA; STANHOPE; WEAVER,1997).

Esse tipo de classificação se reveste de importância para o planejamento cirúrgico, no sentido de contribuir para a previsão do tipo de material a ser empregado na cirurgia e para instruir dados epidemiológicos para futuros trabalhos sobre o tema.

❖ Conceito sobre recaída central dos tumores uterinos (anatômica)

Nesse domínio foi inserida uma opção COMENTÁRIOS para que os participantes acrescentassem outros órgãos que considerariam importantes para essa definição de recaída central, não se registrando nenhum comentário. Ademais, foi ofertada mais de uma opção para a escolha dos órgãos. Registrou-se que os participantes concordaram com o que literatura tem revelado como recaída central, com 84,63% afetando a bexiga; 61,54% envolvendo o reto e, menos frequente, 38,46% o oco pélvico (BECSI, 2017).

O oco pélvico, espaço anatômico, não é relacionado na literatura médica, por isso não se considerou esta variável como recaída central, assim como o parâmetro, com 46,15%, pois esta estrutura anatômica se relaciona, quando comprometida, com a invasão da parede lateral da pelve que até hoje não tem indicação de ressecção, apesar de estudos demostrarem algum benefício (WOLF et al., 2017). Na assertiva da segunda etapa do questionário foram consideradas apenas as mais escolhidas entre os especialistas corroborando com os artigos consultados. (MAGRINA; STANHOPE; WEAVER,1997; BECSI, 2017).

❖ Conceito sobre tempo de doença: recaída ou persistência

Quando abordado sobre este tema, o participante só poderia escolher um item. Para determinar no protocolo a definição de recaída central ou persistência da doença, apesar de ambos estarem relacionados com a falha do tratamento inicial, é importante definir o tempo decorrido do tratamento inicial em relação ao aparecimento de nova lesão. A determinação deste tempo se torna importante à medida que o intervalo livre de doença está diretamente relacionado com a sobrevida das pacientes. Aquelas com persistência de doença têm prognóstico pior que aquelas com recaída de doença, talvez pelo tamanho do tumor no momento da cirurgia (VIEIRA, 2009).

❖ **Seleção do paciente: estado geral do paciente**

Esse domínio mostra que 71,45% dos participantes, optaram por fazer uma associação da avaliação do estado geral usando o escore de Karnofsky e do ECOG. Essas avaliações são feitas para todos os pacientes oncológicos, tentando estimar se o paciente é capaz de ser submetido a um tratamento cirúrgico, rádio ou quimioterápico.

No escore de Karnofsky, há uma variação de 0 a 100:

- 100 o indivíduo de boa saúde;

- 0 a morte (SCHAAFSMA et al., 1993).

Já o ECOG foi criado para avaliar como o câncer afeta os hábitos de vida do paciente (ARENDS et al., 2017).

Essas classificações são importantes pois são critérios objetivos na classificação do estado de saúde da paciente para ser submetido à cirurgia e, portanto, deve ser padronizado no protocolo aquele ou aqueles que devem ser seguidos. Foi dado ao participante mais de uma alternativa a ser escolhida e foi colocado na assertiva da segunda etapa, chamadas de questões arrematadoras, os critérios mais escolhidos entre os especialistas.

Assim houve consenso quanto à classificação da capacidade funcional dos pacientes, elegendo o escore de Karnofsky e do ECOG.

Uma vez escolhido como classificar os doentes foi perguntado qual a candidata a ser submetida à exenteração pélvica. Foi observado que a maioria, 64,28% das participantes, indicaria a cirurgia entre os escore 0 e 1 do ECOG e 35,71%) indicaria até o escore dois na primeira etapa, questões estruturantes.

A cirurgia de exenteração pélvica é uma cirurgia radical com comorbidades consideradas, chegando até 50% em algumas casuísticas (SIGNORINI FILHO, 2014). A literatura consultada é falha em definir qual critério usar para indicar ou contraindicar o procedimento, face a baixa homogeneidade encontrada nos estudos de exenteração pélvica (LOURA, 2016).

Quando questionados novamente sobre essa questão, na segunda etapa, nas questões arrematadoras, o consenso alcançado foi o de que a seleção das pacientes poderia incluir as que alcançaram escore de 0 a 2 (zero a dois), conforme a assertiva formulada.

❖ Avaliação multidisciplinar das candidatas a exenteração

Observa-se: 92,86% dos especialistas favoráveis à discussão de todos os casos de candidatas a serem submetidas ao procedimento. Isso é bem claro em pacientes oncológicos e mais ainda em cirurgias de grande complexidade e morbidade. Uma forma de melhorar o resultado do tratamento e tendo em vista os múltiplos cuidados que os doentes oncológicos demandam, são necessárias discussões multidisciplinares (CORREA; NAFFAH FILHO; CECILEO, 2011).

O entendimento desta necessidade parece estar presente na maioria dos especialistas que responderam esta pesquisa. Tanto na etapa um, nas questões estruturantes, quanto na etapa dois, relativa às questões arrematadoras, percebe-se a unanimidade sobre este tema.

Portanto, todos os pacientes devem passar por discussão multidisciplinar no protocolo de exenteração pélvica.

Ainda avaliando as necessidades complexas das pacientes oncológicas houve a preocupação, nessa pesquisa, em determinar quais profissionais deveriam avaliar as pacientes portadoras de câncer de colo uterino avançado. Do total, 71,43% consideraram muito importante a avaliação do estomaterapeuta (profissional de enfermagem) para atuar na marcação do local do estoma.

Uma preocupação constante nas pacientes que usarão estomas é a qualidade de vida e a socialização das mesmas. Houve o entendimento da maioria dos participantes em avaliar a melhor localização do estoma com profissional de enfermagem. Para o protocolo de exenteração pélvica é importante a inclusão deste item, para fins de organização dos fluxos que o paciente se submeterá nos diversos setores e no caso deste profissional no ambulatório de ostomizados.

Quando foi questionada essa necessidade na etapa dois, nas questões arrematadoras, houve consenso sobre este tema. Por esta razão, no protocolo de exenteração pélvica, indica-se que o paciente seja avaliado pelo estomaterapeuta antes da realização do procedimento.

Em seguida, foi indicado pela maioria dos participantes que a avaliação com psicólogo é muito importante. Houve consenso para adoção, no protocolo desenvolvido neste estudo, de consulta com psicólogo. Numa revisão sistemática sobre aspectos emocionais das pacientes submetidas à cirurgia exenterativa, a mudança corporal advinda do procedimento, poderá acarretar graves sequelas

emocionais e sociais e concluiu-se que o seguimento psicológico é de extrema importância, mesmo nas pacientes com um bom suporte familiar (HAAS; LEVANDOWSKI; KALIL, 2017).

❖ Planejamento e estadiamento

No planejamento cirúrgico, os especialistas concordam em realizar exame físico, ressonância nuclear magnética de pelve, tomografias computadorizadas de abdomen superior e tórax. Porém há divergência no uso do PET-SCAN assim demostrado: 57,14% (cinquenta e sete, catorze por cento) dos especialistas acharam necessário realizar o PET-SCAN e 42,86% (quarenta e dois, oitenta e seis por cento) não viram essa necessidade. Existem estudos quanto ao uso do PET-SCAN no diagnóstico de metástases à distância, para câncer de colo uterino avançado que demostram melhor acurácia na detecção de doença linfonodal do que ressonância nuclear magnética e com taxas de falsos positivos maior também (LUCAS; CUNHA, 2014).

Nos comentários relativos à questão da etapa um deste domínio, os participantes colocaram um viés importante quanto à utilização do exame: o custo e a disponibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Dado o grande número de pacientes portadores de câncer de colo uterino no SUS, na análise da discussão das respostas, levando em consideração que o SUS não contempla o uso do PET-SCAN para o câncer de colo uterino avançado, foi sugerido na assertiva da segunda etapa, questões arrematadoras, que o uso do PET-SCAN deveria ser individualizado, proposição que parece ter atendido ao que os participantes esperavam, pois chegou-se ao consenso de que o uso do exame deve ser individualizado, considerando-se cada caso. A proposta foi inserida no texto do protocolo.

❖ Indicação de exenteração pélvica

Neste domínio, os participantes poderiam acrescentar comentários sobre outras indicações de exenteração para o tumor de colo uterino avançado e escolher mais de uma alternativa para indicar o procedimento. Nenhum participante acrescentou indicações nos comentários. A indicação para realização de exenteração

pélvica, para alguns autores, é a presença de dor, fístula e ausência de resposta à radioterapia nos órgãos pélvicos (MARNITZ et al., 2006).

De acordo com a pesquisa, a maioria dos especialistas indica a exenteração pélvica em recaída central (definida nesta pesquisa como comprometimento do reto e bexiga) que pelos critérios levados em consideração, corresponde ao item chamado: a ausência de resposta à radioterapia. Houve consenso nas duas etapas quanto à indicação da exenteração pélvica.

Os itens chamados de dor e fístula a que Marnitz et al. (2006) se refere são sintomas frequentes e doentes paliativos que serão abordados em outro domínio.

❖ Contraindicação de exenteração pélvica

Nesse domínio foram relacionadas várias perguntas quanto aos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos para a contraindicação da exenteração pélvica. Foram apresentadas, aos especialistas, questões na etapa 1, com mais de uma alternativa para escolher e com espaço para comentários. Não houve comentários pelos participantes.

Os achados clínicos: ascite e derrame pleural foram os que mais resultariam na contraindicação do procedimento. Tais complicações, no contexto da paciente com neoplasia maligna de colo uterino avançado são relacionados à doença metastática do peritônio, no caso da ascite, e da pleura, no caso do derrame pleural.

Na opinião dos participantes, a síndrome de fossa obturatória 42,86% pode ser contraindicação do procedimento. A massa palpável foi uma das opções menos escolhidas por ser um fator de dificuldade no ato operatório, mas não de metástases à distância. Na literatura consultada esses achados não foram relacionados como parâmetros de contraindicação cirúrgica, porém, na prática clínica, os pacientes que apresentam tais sintomas geralmente estão com *Performance Status* (PS) muito ruins para o tratamento cirúrgico.

Em 2000, o INCA publicou um manual de condutas na Revista Brasileira de Cancerologia onde cita as contraindicações de cirurgia nos pacientes portadores de câncer de colo uterino: idade > 65 anos, doenças que contraindiquem cirurgia de porte grande, doenças mentais ou neuropsiquiátricas, obesidade, pelve androide; e ainda se a paciente apresentava: PS 3, insuficiência renal e doenças graves associadas não

compensadas. Como restrição, a existência de segundo tumor primário não controlado.

Para pesquisa foram importantes os dados clínicos que constam nos questionários pois, na prática clínica, são encontrados com frequência e diferem do que usualmente se usa como contraindicação para realização do procedimento exenterativo conforme o manual do INCA (CÂNCER..., 2000).

Portanto, na assertiva da etapa dois, nas questões arrematadoras, foram registrados que os achados clínicos se constituíam em contraindicação da cirurgia de exenteração pélvica.

Outra forma de contraindicar determinados procedimentos cirúrgicos é através dos resultados de exames laboratoriais. Por vezes, as alterações que eles revelam, impossibilitam algumas cirurgias. Nesse ponto, foram dadas opções de respostas com achados laboratoriais que potencialmente poderiam ser motivo da não realização de uma cirurgia. Porém, a maioria dos especialistas não entendem como relevante estes achados. Tanto na primeira etapa, das questões estruturantes, quanto na segunda etapa das questões arrematadoras, a maioria dos especialistas rejeitou o fato de que os achados laboratoriais contraindicassem a exenteração pélvica.

As portadoras de insuficiência renal associadas ao câncer de colo uterino não são candidatas à cirurgia, na opinião de aproximadamente 70% dos participantes. Obesidade também contraindicaria o procedimento para 30% dos participantes, sendo a idade, um fator de contraindicação para 10%. No protocolo somente foi considerada a insuficiência renal como contraindicação para o procedimento, haja vista a concordância da maioria dos participantes.

Na literatura consultada, foram evidenciadas as contraindicações baseadas em comorbidades clínicas do manual do INCA, porém não estabelecia se essas contraindicações eram relativas ou absolutas. A maioria dos relatos levou em consideração fatores relacionados a achados intraoperatórios (LOURA, 2016).

Quando colocado na assertiva da etapa dois das questões arrematadoras que as comorbidades, como idade, diabetes e hipertensão arterial não são contraindicações absolutas e a insuficiência renal é um fator de contraindicação absoluta, foi obtido consenso. Assim, esse texto foi inserido no protocolo de exenteração pélvica.

A doença linfonodal paraórtica é contraindicação para o procedimento para 78,57% na opinião dos entrevistados. Há estudos na literatura médica sobre os

linfonodos paraórticos, mostrando controvérsia quanto à sobrevida das pacientes portadoras de carcinoma de colo uterino avançado. Esse tipo de controvérsia é comum em outros estudos e por esse motivo é pertinente essa preocupação para essa pesquisa (TSUNODA et al., 2015).

O achado de doença na parede lateral da pelve também tem sido usado como parâmetro de contraindicação para a cirurgia, em razão do difícil controle de ressecção R0 (margens livres de doença) (NORONHA, 2007). No entanto, Hockel (2007) demostrou algum benefício com a ressecção do tecido da lateral pélvica no controle loco regional da doença sem alterar a sobrevida global. Esse tipo de controvérsia é o objetivo desta pesquisa para melhor conduzir as pacientes.

A maioria dos participantes, na etapa 1, das questões estruturantes, elegeu a invasão da parede lateral da pelve e a presença de doença linfonodal paraórtica como contraindicação para a cirurgia. Dados subtraídos da etapa 2 (dois), nas questões arrematadoras, configurados na assertiva, sugeriram que, uma vez esses achados presentes, deve-se contraindicar a cirurgia. Devido ao consenso, foi colocado no texto do protocolo, a contraindicação relativa aos achados de imagem linfonodal e invasão da parede lateral.

❖ Indicação da exenteração pélvica de caráter paliativo

Neste domínio, os especialistas poderiam indicar mais de um item para realizar a exenteração pélvica paliativa, levando em consideração o *Performance Status* (PS), comorbidades e sintomas. Não foi visto nos artigos consultados esses parâmetros de indicação nos pacientes paliativos, somente em relação aos sintomas como dor, fístulas e qualidade de vida (POLETTO, 2005). Com essa pesquisa, tem-se parâmetros mais práticos na avaliação do paciente na realização da prática clínica diária.

A maioria dos participantes respondeu que naquelas pacientes com PS 0, lesão de vulva/períneo sem comorbidades ou PS 0 com fístula vaginal e duas comorbidades, realizariam o procedimento. O que é possível perceber com a resposta dos participantes que a manutenção das indicações citadas na literatura (POLETTO, 2005) além dos dados acrescidos do PS da paciente.

Na assertiva da etapa dois, contida nas questões arrematadoras, foi elencado um PS de 0 a 2, a presença de fístula, lesão perineal/vulva e comorbidades,

respectivamente; havendo consenso sobre a indicação paliativa na exenteração pélvica.

❖ Aspectos institucionais e organizacionais para exenteração pélvica

Neste domínio, os participantes deveriam dizer se achavam que pacientes portadoras de câncer cervical avançado teriam prioridade nos setores do hospital, se seria importante ter fluxogramas de atendimento dessas pacientes nos diversos setores do hospital; se o pós operatório deveria ser feito em ambiente de terapia intensiva e se haveria necessidade do uso de botas pneumáticas como prevenção de tromboembolismo venoso.

Quanto à prioridade do atendimento nos setores, a maioria entendeu que sim; há que existir a prioridade. Na segunda etapa do protocolo, a assertiva sobre a concordância das pacientes em ter prioridade nos diversos setores do hospital atingiu nível de consenso. Ao comparar com as publicações consultadas, não foi evidenciado preocupação organizacional/institucional de como a paciente deve caminhar pelos diversos setores no hospital. Por isso adotou-se no protocolo que deve haver prioridade nos setores hospitalares para as pacientes portadoras de câncer de colo uterino invasivo.

Como será sinalizada esta mobilidade, não foi objeto de nenhum questionamento no conteúdo desta pesquisa, o que será motivo de planejamento por parte de setores competentes, pois causará impactos importantes no que se refere à humanização em ambiente hospitalar.

Para que ocorra essa moblilidade interna, ressalta-se que a maioria dos setores dos hospitais tem parte da equipe constituída por profissionais não-médicos ou de funcionários que não são da área de saúde, auxiliares administrativos, por exemplo. Portanto nem todos, lotados em determinado setor entendem que a paciente portadora de câncer de colo uterino avançado precisa de celeridade no processo pelo qual ela transitará. Sob esse ponto de vista, a presença de um fluxograma aclarará o entendimento de outras categorias de funcionários que não são da área supracitada, facilitando o atendimento das necessidades prioritárias desta categoria de pacientes.

No resultado desta questão, tanto na etapa 1 quanto na etapa 2 do protocolo, mais de 70% dos especialistas concordaram que deverá ter um fluxograma para atender essas pacientes.. Não se evidenciou na literatura consultada tal aspecto

organizacional que otimize essa mobilidade interna, entendida como necessária para as portadoras desta doença.

Um dos poucos itens a receber resposta unânime no protocolo de exenteração pélvica foi a necessidade de UTI em pós-operatório, dada a complexidade da cirurgia e às morbidades que podem advir do procedimento. Foi relacionado no protocolo a obrigatoriedade da internação em ambiente de terapia intensiva. Mesmo na etapa 2 do protocolo, nenhum participante discordou desta necessidade.

Os artigos consultados não evidenciaram de forma clara se os pacientes fizeram esse seguimento de pós-operatório imediato na UTI e, por ter um caráter organizacional dos eventos que contemplam a cirurgia de exenteração pélvica, foi entendida a importância de registrar essa etapa, para os gestores compreenderem a necessidade de otimizar os leitos de UTI nos hospitais oncológicos, visto a carência desse setor no Brasil (CIGANA, 2015).

A relação entre doença oncológica e o tromboembolismo venoso (TEV) é muito bem estabelecida, com risco quatro a sete vezes superior, dos pacientes desenvolverem um evento trombótico quando comparados à população em geral. Estudos de metanálise com necropsias, MOTA CARNEIRO et al. (2017) evidenciaram que o TEV causou diretamente óbito em 8 a 35% e colaborou para o êxito letal em pelo menos 45% dos casos.

Esta questão ressaltou uma complicação de certa forma comum e indesejada, devendo ser levada em consideração no protocolo, pois envolve um custo adicional à cirurgia, como a aquisição do aparelho de compressão intermitente para membros inferiores. Essa medida, associada ao uso de subprodutos da heparina, reduziria a quantidade de eventos tromboembólicos durante a internação hospitalar. A unanimidade dos participantes entendeu que o uso da “bota pneumática” é importante para a paciente, candidata à exenteração pélvica.

❖ Aspectos técnicos do pré-operatório

Nesse domínio foi discutido um problema antigo acerca das cirurgias que necessitam de ressecções intestinais, o preparo intestinal.

Assim como na literatura médica, 69,23% dos participantes desse trabalho, acham pouco importante ou sem importância o preparo intestinal. Sobre esse

contexto, a literatura promove opiniões aos que defendem não utilizar o preparo de cólon, como o Projeto ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) para as cirurgias colorretais (MARTINS, 2017).

No Brasil, o projeto ERAS tomou nome de Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória); no entanto, pelas dificuldades existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) e realidades distintas das diferentes regiões do país, esse tipo de conduta ainda não está bem estabelecido na maioria dos Serviços (MARTINS, 2017). Quando da comparação nos artigos consultados não se encontrou registros que aborde o preparo do cólon e exenteração pélvica.

No protocolo proposto não foi recomendado o preparo de cólon como medida para cirurgia exenterativa. Porém, como se trata de um protocolo, a solução consiste em apresentar alternativa, caso seja indicado o preparo intestinal e para tal, na assertiva da etapa número dois, nas questões arrematadoras, foi incluído uma individualização da decisão quanto à limpeza mecânica desse órgão, que efetivamente será utilizado no desenvolvimento técnico da cirurgia..

No texto do protocolo da exenteração pélvica foi adicionada esta afirmativa quanto à necessidade do preparo.

Quando houver a necessidade do preparo de cólon, a maioria dos entrevistados recomendou fazê-lo com dieta líquida, laxantes e enteroclisma. Na assertiva da segunda etapa, questões arrematadoras, foram colocados alguns tipos de preparo e a maioria escolheu dieta líquida por 2 a 3 dias, laxantes e enteroclisma; sendo adotados esses itens para o protocolo.

Nos artigos consultados sobre cirurgia colorretal e preparo de cólon, não está claro o tipo ideal de preparo, analisado somente o benefício ou não do preparo em relação a complicações pós-operatórias; por isso, nesse protocolo, o preparo intestinal proposto na questão foi baseado na prática do Serviço da FCECON para avaliação dos participantes. Houve consenso na forma da assertiva da segunda etapa, nas questões arrematadoras.

❖ Aspectos técnicos-cirúrgicos na execução da exenteração pélvica

Este domínio reúne quesitos relacionados a decisões de técnica operatória quanto à tomada de decisão em realizar ou não determinado tempo cirúrgico (por exemplo: ligadura da artéria ilíaca interna, reconstrução vaginal); vias de acesso

(laparoscópica, robótica); tipo de reconstrução de trânsito intestinal, da via urinária, do oco pélvico e do assoalho pélvico; material a ser utilizado nas reconstruções de via urinária e trânsito intestinal; necessidade de drenagem da cavidade abdominal e descompressão da alça urinária; tempo de permanência de sondas e cateteres.

- **Ligadura da artéria ilíaca interna**

Este procedimento visa diminuir sangramento intraoperatório e evitar morbidade como a necessidade de transfusão sanguínea. É conhecido que a necessidade de transfusão sanguínea está relacionada com a sobrevida das pacientes; aquelas que receberam Hemocomponentes tiveram a sobrevida de 25% enquanto aquelas que não receberam, alcançaram uma sobrevida de 62,5% (sessenta e dois, cinco por cento) (SOUZA, 2015).

Porém, a maioria dos participantes consideram pouco ou sem importância o passo de ligadura da artéria ilíaca interna. Não há descrição na literatura sobre esta etapa como sendo um passo importante na realização do mesmo; na assertiva da segunda etapa, os especialistas concordaram que a ligadura da ilíaca interna não é passo obrigatório na exenteração pélvica. Portanto, esta conduta não foi selecionada para a padronização do protocolo proposto.

- **Reconstrução vaginal**

Sabe-se que nas exenterações totais, a vagina é um dos órgãos a ser ressecado. Este procedimento tem como consequências algumas limitações na qualidade de vida da paciente, vez que sua função sexual fica limitada. Há alguns relatos de caso na literatura sobre reconstrução vaginal (DORNELAS, 2010); no entanto, a grande maioria dos especialistas consultados não tem experiência com reconstrução vaginal e somente 21,43% (vinte e um, quarenta e três por cento) realizaram esse reparo mais de uma vez. Para o protocolo, não foi recomendado, de acordo com a assertiva da etapa 2 das perguntas arrematadoras. Porém, diante de novos desafios para melhorar a qualidade de vida das pacientes é um campo a ser desenvolvido e explorado.

- **Tipos de Reconstrução Urinária**

Nas cirurgias de exenterações, a maioria dos especialistas prefere fazer reconstruções urinárias usando derivação intestinal (ureteroileostomia a Bricker e

colostomia úmida). Nos artigos consultados não foi obtido nenhuma comparação de tipos de reconstruções urinárias que são feitas: tanto a **ureteroileostomia** quanto a **colostomia úmida** trazem alterações na percepção da figura corporal pela presença dos estomas; porém não parece ser uma preocupação notória dos especialistas que realizam a exenteração. Então, para a segunda etapa do questionário foram alocadas as duas técnicas de reconstrução citadas anteriormente.:

Na segunda etapa do questionário que envolve as questões arrematadoras, a assertiva discorre sobre a necessidade de um ou dois estomas decorrente dessas técnicas reconstrutivas, registrando-se consenso sobre a preferência da colostomia úmida sobre a ureteroileostomia.

- **Exenterações totais**

Quando submetidas a exenterações totais, levando em consideração a qualidade de vida das doentes, a reconstrução de trânsito intestinal é um item importante e merecedor de destaque. Havendo possibilidade de preservação esfincteriana, como nas exenterações supralevantadoras, esse item se torna importante no tempo cirúrgico, porém o tecido mal-perfundido da radioterapia nessas pacientes transforma-se em um ponto crítico. Já fora descrito, que na década de 1990, ocorreu um aumento da preservação esfincteriana sem com isso ter aumento de margens comprometidas e nem prejuízo na sobrevida global dessas doentes (POLETTO, 2005). Na opinião de 63,54% dos especialistas consultados, a reconstrução teve pouca importância ou não teve importância para as exenterações totais. No entanto, quando perguntado sobre a reconstrução de trânsito nas exenterações posteriores, 71,43% concordaram em refazer o trânsito intestinal.

Os tecidos irradiados e mal perfundidos da pelve poderiam aumentar o número de fístulas intestinais nas reconstruções, fato não demonstrado na literatura médica (POLETTO, 2005). Sabendo que a possibilidade de reconstrução intestinal é viável e não aumenta a morbimortalidade das pacientes, no protocolo de exenteração pélvica recomenda-se que a reconstrução fique a cargo do cirurgião, na individualização do tratamento, conforme a assertiva da etapa 2.

- **Reconstrução do trato urinário**

Por ser um procedimento de exceção, a maioria dos especialistas nunca realizou a técnica de confecção de neobexiga e muito poucos realizaram este

procedimento mais que 5 (cinco) vezes. O risco de recidiva pélvica, após uma exenteração total, não é desprezível, a pelve irradiada nesses pacientes e o risco de complicações pós-operatórias tardias, relacionadas à neobexiga ideal ortotópica, são situações que justificam o pequeno número de reconstruções urinárias com essa técnica (LOPES, 2004).

Não foram evidenciados outros artigos relacionados à exenteração pélvica para carcinoma escamocelular cervical e reconstruções com neobexiga. Isso é refletido nessa pesquisa já que a grande maioria dos especialistas não tem experiência com a técnica. Na assertiva da segunda etapa do questionário foi colocado que o emprego desta técnica reconstrutiva deve ser individualizado para casos selecionados. Assim houve concordância praticamente unânime neste item.

Para o texto do protocolo de exenteração pélvica será feito uma observação neste item para que não seja adotado como rotina, mas, que possa ser sugerido em alguns casos.

- **Ocupação do oco pélvico**

A ocupação ou preenchimento do oco pélvico constitui passo importante no planejamento cirúrgico da exenteração pélvica. Parte dos entrevistados utiliza o preenchimento com epíploon e pouco mais da metade deles utilizam o preenchimento com cólon direito. No entanto, 64,7% dos especialistas utilizam duas ou três maneiras diferentes de realizar o tratamento do oco pélvico e houve um especialista que mencionou quatro formas diferentes para este tratamento. Nos artigos consultados não foi encontrada a preocupação de estudos comparativos de formas de tratamento do oco pélvico.

Adotou-se para o protocolo, o preenchimento do oco pélvico com o epíploon e cólon direito conforme a maioria no consenso. É necessário compreender também que haverá casos onde não será possível usar esses métodos de reparo e dever-se-á usar outras técnicas, conforme a experiência do cirurgião.

- **Reconstrução do assoalho pélvico**

Quanto à reconstrução do assoalho pélvico a maioria dos especialistas mencionou apenas um tipo de reconstrução pélvica utilizada nas exenterações infralevantadoras, a síntese primária. O retalho com grácil e com o reto abdominal foram ambos citados por 35,3% (trinta e cinco, três por cento) dos especialistas.

Mughal et al.(2013) relatam preferência por retalhos pediculados, idealizados na década de 1990, como o grácil ou reto abdominal, para reconstrução do defeito perineal.

Muito embora com casuística direcionada a defeitos perineais como um todo e não especificamente de reconstrução para exenterações a forma recomendada pela maioria dos especialistas da pesquisa foi a síntese primária. Na assertiva da segunda etapa do protocolo foi recomendado que a síntese primária seria a técnica recomendada e que, caso necessário, o retalho pediculado a ser utilizado seria com o reto abdominal. Havendo consenso sobre a assertiva descrita foi incluída no texto do protocolo.

- **Via de acesso laparoscópica**

A via de acesso laparoscópica, nos dias atuais, ainda encontra resistência nos Serviços de cirurgia oncológica brasileiro; notadamente uma parcela expressiva de 50,0% dos profissionais nunca realizou exenteração pélvica laparoscópica e 28,57% deles já realizou pelo menos uma vez.

Há, na literatura consultada, artigos, principalmente indianos e chineses, que relatam ser factível a execução da técnica laparoscópica na exenteração pélvica, tanto total, anterior ou posterior, devendo, portanto, ser incentivada (KUMAR et al., 2017; YANG et al., 2015). Durante a revisão bibliográfica, não se registrou nenhuma publicação nacional sobre o tema. Na assertiva da etapa 2, houve consenso em não adotar ainda a exenteração pélvica laparoscópica como técnica de abordagem.

Houve, também, comentários sobre a possibilidade de começar a cirurgia por videolaparoscopia e, diante de alguma dificuldade, fazer a conversão. O que ainda acontece no Brasil é que a cirurgia exenterativa laparoscópica está em desenvolvimento, de maneira que essa técnica não fez parte deste protocolo de exenteração pélvica.

- **Acesso via robótica**

Quanto à exenteração pélvica robótica, verificou-se que a grande maioria dos cirurgiões oncológicos brasileiros consultados nunca realizou o procedimento. A realidade brasileira é que ainda não há número de robôs suficientes para popularizar uma técnica complexa como esta.

Hino et al. (2015) relataram uma série de 31 pacientes submetidos à exenteração pélvica robótica assistida, demostrando que a técnica é segura e factível. Porém, não há como comparar os resultados oncológicos, necessários para a efetivação do procedimento. Na assertiva da segunda etapa do questionário do protocolo, houve consenso entre os participantes sobre a não inclusão da cirurgia robótica no protocolo.

- **Drenagem da cavidade abdominal**

A necessidade de drenagem da cavidade: como nas cirurgias exenterativas as anastomoses urinárias têm necessidade de abertura da alça intestinal no transoperatório, considerando-se uma cirurgia potencialmente contaminada (ANVISA, 2013). O uso do dreno pode dar ao médico assistente parâmetros de complicações como fístulas urinárias e fecais. Pela magnitude da cirurgia, quanto mais cedo se obtiver o diagnóstico de uma complicação, mais rápido se instituirá o tratamento e, consequentemente, ampliam-se os resultados de sobrevida. Porém, uma metanálise sugere que o uso do dreno em cirurgia abdominal para cólon, fígado e apendicectomia não reduz as complicações (DE SOUZA BOURET; CAPOROSSI; CAPOROSSI, 2018).

Da mesma forma, De Souza Bouret, Caporossi e Caporossi (2018), Bacha (2007); Jesus, Matos e Castro (2003) têm a mesma concordância de que tão somente a utilização do dreno não reduz complicações inerentes à cirurgia realizada e sim consideram como um meio de detectá-las precocemente.

Apesar de não se ter encontrado estudos específicos sobre utilização de drenos em exenterações pélvicas, pode-se usar alguns dos estudos que abordam outros tipos de cirurgia de grande porte que cursam com manipulação intestinal e urinária no procedimento. Muito provavelmente, por conta dos resultados apresentados por esses estudos, a maioria dos participantes drena a cavidade abdominal independente de como ocorreu a cirurgia. Na assertiva da etapa 2, foi consenso entre os participantes a necessidade de drenagem da cavidade abdominal pós-cirurgia de exenteração pélvica, então, no texto do protocolo foi recomendado a execução deste procedimento.

- **Tipos de drenos**

O material utilizado para drenagem da cavidade abdominal foi o dreno de Blake para a maioria dos especialistas, em torno de 61,54%, na etapa 1, relativa às questões estruturantes. Esse dreno é um dispositivo de silicone para a drenagem de fluidos no período pós-operatório e pode ser mantido mesmo em ambiente domiciliar, devido à sua praticidade. Não foi visto, nos artigos consultados, comparações entre drenos, que podem ser ampliados para o dreno de Watermann, muito utilizado no ambiente comum aos médicos oncológicos, inferindo-se tratar de uma questão de preferência.

Na assertiva da etapa 2 do estudo, houve a unanimidade na concordância em usar o dreno de Blake na drenagem. No texto do protocolo foi recomendado o uso desse dreno para os procedimentos exenterativos.

- **Tempo de permanência do dreno**

Quanto ao tempo de permanência do dreno abdominal foi observado que nenhum participante deixa o dreno menos de três dias; nenhum participante deixa o dreno por mais de dez dias. A maioria opta em permanecer com o dreno de três a sete dias. Poucos artigos relatam o uso do dreno e a variável do tempo de permanência do dreno não é frequente. Porém houve relato que o tempo de permanência não teve significado estatístico sobre a complicação de fístula (JESUS; MATOS; CASTRO, 2003). Assim, na assertiva da etapa 2, questões arrematadoras, houve consenso sobre a variação do tempo de permanência do dreno entre três a sete dias.

- **Material utilizado na Reconstrução ureteral**

Quanto ao material utilizado para reconstrução ureteral na colostomia úmida e ureteroileostomia (Bricker), particularmente na primeira etapa do questionário, questões estruturantes, não houve consenso entre os especialistas a respeito do material a ser utlizado. Porém, na assertiva da etapa 2 (questões arrematadoras), houve consenso sobre a utilização do cateter duplo “J”. Não foram observados na literatura médica consultada, estudos comparativos com o material a ser utilizado, portanto, também não se tem recomendação de qual seria a melhor opção. No protocolo foi colocado a opção do cateter duplo “J”.

- **Permanência do cateter duplo “J”**

Quanto ao tempo de permanência do cateter ureteral (*splint*), os especialistas dividiram-se entre as respostas elencadas, não havendo consenso entre eles na primeira etapa, a das questões estruturantes, porém, na segunda etapa, nas questões arrematadoras, houve consenso na permanência dos cateteres, durante o período de 10 a 21 dias.

Na discussão dessa questão, a literatura não define o tempo de permanência desses dispositivos.

- **Descompressão da alça urinária**

No que se refere a esse item e sua necessidade de descomprimir a alça urinária, a utilização da sonda de Foley nesse contexto e a frequência com que se emprega esse mecanismo é relevante na padronização do material para exenteração pélvica. 64% dos especialistas relatou sempre deixar a sonda ou deixar na maioria das vezes, na primeira etapa dos questionários.

Não foi evidenciado na literatura este tempo operatório. Na segunda etapa do questionário houve consenso na utilização da descompressão da alça urinária com a sonda de Foley pela maioria dos especialistas.

❖ **Complicações pós-operatórias**

Neste domínio, 50% dos participantes tiveram de um a cinco casos de abscesso pélvico, enquanto que pouco mais de 42,0% nunca teve este evento, que reflete diretamente no potencial de complicação dessa cirurgia. Na maioria das vezes, o oco pélvico é ocupado pelo epíploon e cólon direito, evitando grandes “espaços mortos” na cavidade pélvica, diminuindo o risco de infecção. Para a segunda etapa do questionário não se incluiu esta pergunta novamente, pela pouca repercussão desta complicação entre os entrevistados.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo identificou e analisou as indicações, contraindicações e condutas adotadas por cirurgiões oncológicos que praticam a exenteração pélvica habitualmente, no tratamento do câncer avançado do colo do útero.

Os dados encontrados foram comparados com os dados da literatura pertinente e foi traçada uma proposta de protocolo para a execução da cirurgia.

A partir da proposta, elaborou-se efetivamente um protocolo para a realização da exenteração pélvica no tratamento do câncer avançado do colo do útero na FCECON, consistindo no produto final da pesquisa, com o fito de preencher essa lacuna existente na Fundação, com sugestão de aplicação desse modelo de ferramenta, em outras Instituições congêneres (APÊNDICE B).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. 1ª. Edição, 82 p. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ARAUJO, D. E.; MERCHAN-HAMAN, E.; SILVA LIMA, F. S.; LAGUARDIA, J.; M. M. U. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 1-16, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1090/pdf1090>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ALPENDRE, F. T.; CRUZ, E. D. A; DYNIEWICZ, A. M.; MANTOVANI, M. F.; CAMARGO E SILVA, A. E. B.; SANTOS, G. S. Safe Surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 25, e 2907, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920170001003 57&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ARENDS, J.; BACHMANN, P.; BARACOS, V. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clin. Nutr.**, v. 36, n. 1, p. 11-48, 2017. Disponível em: <http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2016/11/ESPEN-cancerguidelines-2016-final-published.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BACHA, O. M. **Avaliação da morbidade do uso de drenos após a linfadenectomia retroperitoneal em pacientes com tumores ginecológicos**: revisão sistemática da literatura., 2007. 65 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12623/000621738.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BECSI, J.; SZABÓ, B.; KISS JR, S. et al. Total Infra-elevatorian Exenteration with Vulvectomy as Salvage Therapy in a Recurrent Irradiated Cervical Cancer with Pelvic Sidewall Involvement. **J. Interdiscipl. Med.**, v.2, n.1, p. 80-82, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/jim-2017-0001>. Acesso em: 25 abr. 2017.

CÂNCER do colo do útero. Condutas do INCA: Câncer de colo uterino. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.4, n. 46, p.351-54, 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRUNSCHWIG, A. Complete Excision of Pelvic Viscera in the Male for Advanced Carcinoma of the Sigmoid Invading the Urinary Bladder. Nova Iorque. **Ann. Surg.**, v. 129, n.4, p. 499-504,1948. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1514039/?page=1>. Acesso em 20 abr. 2016.

CARVALHO, K. **Estadiamento, genótipos de HPV e metilação do gene WIF1 em câncer do colo do útero**: associações com o prognóstico e sobrevida. 2016. 84f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, área de concentração Patologia) Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6515>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev. Min.Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/209>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CIGANA, D. J. **Utilização de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital de grande porte do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2012-2013**. 2015. 21f. Trabalho de conclusão de especialização (Curso de Especialização em Gestão em saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Panambi. 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130262>. 20 abr. 2016.

CORREA, M. M. M. A.; NAFFAH FILHO, M.; CECILEO, M. A. M. et al. Diretrizes para a atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. **BEPA, Bol. Epidemiol. Paul.**, v.8, n.92, p. 24-43, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v8n92/v8n92a03.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

COSTA, S. R. P., Antunes, R. C. P., Lupinacci, R. A. A exenteração pélvica para o tratamento da neoplasia pélvica localmente avançada e recorrente: experiência de 54 casos operados. **Rev. Soc. Bras. Cancerol.**, v.11, n. 35, p. 13-22, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/953-v6n3aAO953portp302-10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CUTRIM, S. S., TRISTÃO, J. A. M., TRISTÃO, V. T. V. Aplicação do método Delphi para identificação e avaliação dos fatores restritivos à realização de parcerias Público-Privadas (PPP). **Rev. Espacios**, v. 38, n. 22, p. 29-44. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p29.pdf>. Acesso em 12 set. 2017.

DE SOUZA BOURET, F.; CAPOROSSI, F.; CAPOROSSI, C. Uso profilático de dreno em operação abdominal: revisão de literatura. **Rev. Coorte**, v. 1, n. 07, p.49-59. Cuiabá, 2017. Disponível em: <http://revistacoorte.com/index.php/coorte/article/viewFile/57/59>. Acesso em: 15 nov. 2017.

DIAS, A.; NAHAS, S. A modified supraelevator pelvic exenteration for the treatment of locally advanced rectal cancer with vaginal and uterine invasion. **Surg. Today**, v. 43, n. 6, p. 702-704, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00595-012-0298-2>. Acesso em: 28 abr. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER.INCA**. Estatística. Incidência de câncer no Brasil, Estimativa**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 02 mar. 2018.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração on line**, v. 2, n. 2, p. 1-11, 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

HAAS, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C.; KALIL, A. N. Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: revisão da literatura (2003-2013). **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 2, p. 614-624, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/362/36252193027/>. Acesso em 10 fev. 2018.

HINO, H.; KINUGASA, A.; SHIOMI, A. et al. Robotic-assisted multivisceral resection for rectal cancer: short-term outcomes at a single center. **Techn. Coloproct.**, v. 21, n. 11, p. 879-886, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10151-017-1710-0>. Acesso em: 20 fev. 2018.

HOCKEL, M. Long-term experience with (laterally) extended endopelvic resection (LEER) in relapsed pelvic malignancies. **Curr. Oncol. Repports**, v. 17, n. 9, 2-9, 2015. Disponível em:<https://doi.org/10.1007/s11912-014-0435-8>. Acesso em: 29 abr. 2017.

HSU, C. Sandford, B. A. The Delphi technique: making sense of consensus. **Pract. Assess. Resear. & Evalut.**, v. 12, n. 10, p.1–8, 2007. Disponível em: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10>. Acesso em: 20 abr. 2016.

JESUS, E. C.; MATOS, D.; CASTRO, A. A. Drenagem profilática de rotina de anastomoses em cirurgia colorretal eletiva: revisão sistemática da literatura e metanálise. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v.49. n. 2, p. 214-219, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v49n2/16220.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

JUNIOR, L. O. Infecção por Papilomavírus Humano (HPV): Aspectos gerais. **Rev. Cient. FAEMA**, v. 7, n. 1, p. 41-52, 2016. Disponível em: <http://orcid.org/00000002-0150-1494>. Acesso em:02 mar. 2018.

KUMAR, A.; KUMAR, N.; KUMAR, G. et al. A prospective evaluation of surgical outcomes of laparoscopic transperitoneal radical cystectomy/anterior pelvic exenteration: our surgical technique and experience. **Cent. Eur. J. Urol.**, v. 70, n. 2, p. 214-215, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510341/>. Acesso em:10 out. 2017.

LEES, B. F.; ERICKSON, B. K.; HUH, W. K. Cervical cancer screening: evidence behind the guidelines. **Am. J. Obst. & Gynec.**, v. 214, n. 4, p. 438-443,2016. Disponível em:<https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)01450/abstract>. Acesso em:20 abr. 2017.

LOPES, A. Tratamento cirúrgico de câncer de reto: ressecções ampliadas. In: ROSSI; B. M.. **Câncer de colón, reto e ânus**.1 ed. São Paulo: Maria Aparecida Bussolotti. 2004. v.1, p.353-365. Disponível em: Biblioteca da Fundação Controle de Oncologia. Acesso em: 25 maio 2017.

LOURA, I. **Exenteração pélvica: revisão sistemática enfocando as indicações e a eficiência desse tratamento em pacientes com recidivas de câncer de colo de útero**. 2016. 49f. Trabalho (Conclusão Curso Medicina) – Faculdade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20775>. Acesso em: 18 abr. 2017.

LUCAS, R.; CUNHA, T. M. Estratificação do carcinoma do colo do útero Pré e Pós-terapêutica–uma perspectiva global. **Acta Radiol. Port.**, v. 26, n. 103, p. 29-36, 2014. Disponível em:<http://revistas.rcaap.pt/actaradiologica/articleviewFile/13665/10379>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MAGRINA, J. F.; STANHOPE, C. R.; WEAVER, A. L. Pelvic exenterations: supraelevator, infraelevator, and with vulvectomy. **Gyn. Oncol.**, v. 64, n. 1, p. 130135,1997. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825896945321>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MAMMAS, I. N.; SPANDIDOS, D. A. George N. Papanicolaou (1883-1962): Fifty years after the death of a great doctor. **J. of BUON**, v. 17, n. 180-184, 2012. Disponível em: <https://www.spandidospublications.com/var/spand/publication_592.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MARQUES, M. C. P., RIBEIRO, M. E. O.; GABRIEL, A. G. P. et al. Contribuições da Técnica de Ensino Brainstorming: Uma Experiência com Estudantes de uma Escola Estadual de Alta Floresta - MT. **Id on Line. Rev. Psicol.**, v. 11, n. 37, p. 318-328,2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/844>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MARTINS, M. Estamos realmente prontos para a implantação do protocolo ERAS? **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 44, n. 4, p. 314-315, 2017. Disponível em: <http: //dx.doi.org/10.1590/0100-69912017004015>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MAURICE, M.J.; RAMIREZ, D.; GORGUN, E. et al. Robotic Total Pelvic Exenteration With Intracorporeal Sigmoid Conduit and Colostomy: Step-by-Step Technique. **Urol.**, v. 105, N. 1, p. 6-8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.02.039>. Acesso em 04 jan. 2018.

MERCEDES R. A.; MERCEDES, T. F. El método Delphi. **REIRE Rev. d'Inov. i Recerca em educació, Universitat de Barcelona, Institut de Ciencies de l'Educacion**, v. 9, n. 1, p. 88-102, 2016. Disponível em: <http://www.ub.edu/ice/reire.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MOTA CARNEIRO, R; BELLEN, B.; SANTANA, P.; GOMES, A. Prevalência de tromboembolismo pulmonar incidental em pacientes oncológicos: análise retrospectiva em grande centro. **J. Vasc. Bras.**, v. 16, n. 3, p. 233-238, 2017.Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2450/245053323009/>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MUGHAL, M; BAKER, R. J.; MUNEER, A; MOSAHEBI, A. Reconstruction of perineal defects. **The Ann. Royal Coll. Surg. Engl.**, v. 95, n. 8, p. 539-544,2013. Disponível

em: <https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/abs/10.1308/rcsann.2013.95.8.539>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MUNARETTO, L. F.; LUIZ CORRÊA, H.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Admin. Univ. Fed. Santa Maria**, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2734/273428927002/>. Acesso em 20 abr. 2017.

NORONHA, A. F. **Avaliação das repercussões do tratamento para câncer invasor do colo uterino no assoalho pélvico**. 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) Universidade Estadual Paulista, Botucatu. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/93101>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Mulheres e Saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Nova Iorque, 2009. 1a Edição, p. 94. Disponível em: <www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/publications/mulheres_Saude.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

PEIRETTI, M.; ZAPARDIEL, I.; ZANAGNOLO, V. et al. Management of recurrent cervical cancer: **A review of the literature. Surg. Oncol.**, v. 21, n. 2, p. 59-66,2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article /pii/S0960740411001162>. Acesso em: 20 abr. 2017.

POLETTO, A. **Exenteração pélvica e preservação dos esfíncteres**: análise de 96 casos. 2005. 54f Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http: //dx.doi.org/ 10.11606/T.5.2005.tde-06102014-113422>. Acesso em: 20 abr. 2017.

SELVA-RUIZ, D.; DOMÍNGUEZ-LIÑÁN, R.; RUIZ-PÉREZ, I. Las técnicas de generación de ideas: aplicándolas a la mejora en salud y gestión de cuidados. **Index de Enfermería**, v. 26, n. 4, p. 285-287, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000300011> . Acesso em 16 mar. 2018.

SHARKEY, S. B.; SHARPLES, A. Y. An approach to consensus building using the Delphi technique: developing a learning resource in mental health. **Nurs. Educ. Today**, v. 21, n. 5, p. 398-408, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691701905738>. Acesso em 20 mar. 2016.

SIGNORINI FILHO, R. C.; COLTURATO, L. F.; GEBRIM, L.H. et al. Indicações e complicações da exenteração pélvica no câncer ginecológico. **Femina**, v. 42. n. 2, p.7782, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2014/v42n2/a4798.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SILVA, C. G. **Relação entre a incidência de infecção por HPV com diagnóstico de câncer de colo uterino no Brasil**. 2015. 15 f. Monografia (Graduação em

Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Disponível em:<http://repositorio.uniceub.br/handle/235/8670>. Acesso em: 20 mar. 2018.

STEPHANI, M. **Estudo retrospectivo de exenteração na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas-FCECON, no período de janeiro a junho de 2013. 2014**. 13f. Trabalho (Conclusão residência médica em Cirurgia Oncológica) – Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas, Manaus. Disponível em: <https://www.dropbox.com/home?preview=RETROSPECTIVO+2013.docx>. Acesso em 20 mar. 2017.

SURVEY MONKEY. **Criador de questionários**. San Mateo, Way San Mateo, California cep94403. Disponível em: <https://www.surveymonkey.com/dashboard/>. Acesso em: 10 maio 2016.

TSUNODA, A. T.; ANDRADE, C. E. M.; VIEIRA, M. A. et al. Laparoscopy in uterine cervical cancer. Current state and literature review. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, n. 5, p. 345-351, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912015005014>. Acesso em 10 fev. 2018.

VEERASARN, V.; LORVIDHAYA, V.; KAMNERDSUPAPHON, P. et al. A randomized phase III trial of concurrent chemoradiotherapy in locally advanced cervical cancer: preliminary results. **Gyn. Oncol.**, v. 104, n. 1, p. 15-23, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.06.045>. Acesso em: 20 abr. 2017.

VIEIRA, S.; COSTA, D.; MENESES, A. et al. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Gin. Obst.**, v. 31, n. 1, p. 22-27, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a05.pdf>. Acesso em 20 abr. 2017.

YANG, K.; CAI, L.; YAO, L. et al. Laparoscopic total pelvic exenteration for pelvic malignancies: the technique and short-time outcome of 11 cases. **World J. of Surg. Onc.**, v. 13, n. 1, p. 301, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12957-015-0715-2>. Acesso em: 20 jul. 2017.

YOUSUF, M. I. Using Experts' Opinions through Delphi Technique. **Pract. Assess. Research & Eval.**, v. 12, n. 4, p. 1–8, 2007. Disponível em:<http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=4>. Acesso em: 21 abr. 2018.

WAGGONER, S. E. Cervical cancer. **The Lancet**, v. 361, n. 9376, p. 2217-2225, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13778-6>. Acesso em: 21 mar. 2018.

WOLF, B.; GANZERT, R.; STOLZENBURG, J-U. et al. Extended mesometrial resection (EMMR): Surgical approach to the treatment of locally advanced cervical cancer based on the theory of ontogenetic cancer fields. **Gyn. Oncol.**, v.146, n. 2, p. 292-298, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016j.ygyno.2017.05.007>. Acesso em: 21 mar. 2018.

OBRAS CONSULTADAS

ANAND, A. S.; ABRAHAM, M.; KURIAKOSE, V. MRI versus clinical assessment in staging and response evaluation in locally advanced cervix cancer patients treated with concurrent chemo-radiation in a tertiary cancer center: a prospective study. **Internat. J. Reprod. Contracept. Obst. and Gyn.**, v. 6, n. 2, p. 392-399, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20164826>. Acesso em: 20 abr. 2017.

COLTURATO, L.; SIGNORINI FILHO, R.; DIBI, R. et al. Pelvic Exenteration: Review of Conventional Technics and Advantages of Laparoscopic Approach. **Braz. J. Video-Surg.**, v. 6, n. 1, p. 14-17, 2013. Disponível em: <https://pdfsemanticscholar.org/8fbf/ae414ce93f29ece3354207f01f3351a0ea0.pdf>. Acesso em 26 abr. 2017.

DIZON, D. S.; MACKEY, H.; THOMAS, G.; WERNER, T. et al. State of the science in cervical cancer: where we are today and where we need to go. **Cancer**, v.120, n. 15, p. 2282-2288, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.28722>. Acesso em: 28 abr. 2017.

GALLOTTA, V.; CHIANTERA, V.; CONTE, C. et al. Robotic Radical Hysterectomy After Concomitant Chemoradiation in Locally Advanced Cervical Cancer: A Prospective Phase II Study. **J. Minimal. Invas. Gyn.**, v. 24, n. 1, p.133-139, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.09.005>. Acesso em 28 abr. 2017.

HOCKEL, M. Do we need a new classification for radical hysterectomy? Insights in surgical anatomy and local tumor spread from human embryology. **Gyn. Oncol.**, v. 107, n. 1, p. 106-112, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.07.049>. Acesso em: 28 abr. 2017.

KANAO, H.; AOKI, Y.; HISA, T. et al. Total laparoscopic pelvic exenteration for a laterally recurrent cervical carcinoma with a vesicovaginal fistula that developed after concurrent chemoradiotherapy. **Gyn. Oncol.**, v. 146, n. 2, p. 438-439, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.05.030>. Acesso em: 29 abr. 2017.

ROWE, M.; FRANTZ, J.; BOZALEK, V. Beyond knowledge and skills: the use of a Delphi study to develop a technology-mediated teaching strategy. **BMC Medic. Educ.**, v. 13, n. 51, p. 2-8, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-51>. Acesso em: 26 abr. 2017.

VIZZIELLI, G.; CHIANTERA, V.; TINELLI, G. et al. Out-of-the-box pelvic surgery including ileopsoas resection for recurrent gynecological malignancies: Does that make sense? A single-institution case-series. **Eur. J. Surg. Oncol.**, v. 43, n. 4, p. 710-716, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.10.028>. Acesso em: 21 mar. 2018.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Protocolo de exenteracão pélvica

Bem-vindo ao questionário para protocolo de exenteração pélvica

Termo de Consentimento Livre Esclarecido Universidade Federal do Amazonas - UFAM Programa de Pós-Graduação em Cirurgia

O pesquisador Manoel Jesus Pinheiro Coelho Junior pede autorização para coletar informações que irão ajudar na realização das atividades do Trabalho de Pesquisa "ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM MANAUS - AMAZONAS BRASIL". A presente pesquisa objetiva produzir um protocolo de realização de exenteração pélvica (para) nas pacientes que possuem câncer de colo uterino avançado. Compreendemos no decorrer dessa pesquisa que a conscientização, principalmente dos médicos cirurgiões sobre o universo da oncologia, torna-se fundamental na construção e promoções de ações para a melhoria de vida dessas pacientes. Senhor(a) responderá dois questionários com perguntas sobre questões pertinentes a conduta, diagnóstico e tratamento do carcinoma invasor do colo do útero. Não se espera causar nenhum desconforto ou risco, podendo esta tarefa ser interrompida a qualquer momento visando o seu bem-estar. O seu nome não será divulgado e as informações obtidas são de caráter sigiloso, utilizados apenas para fins científicos.
Mesmo após sua autorização, terá o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, independente do motivo e sem prejuízo do atendimento fornecido pelo pesquisador. Você não terá nenhuma despesa e também nenhuma remuneração.
Consequentemente, a vantagem de sua participação é apenas de caráter cientifico ao auxiliar este estudo que poderá proporcionar novos procedimentos para o universo oncológico. Qualquer dúvida do participante, entrar em contato com o pesquisador, Manoel Jesus Pinheiro Coelho Junior, pelo e-mail coelhoman@hotmail.com ou pelo fone (92) 981125969.
Consentimento após informação:
Considero-me devidamente informado e esclarecido sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente dou meu consentimento para inclusão como participante da pesquisa e atesto que me foi entregue uma cópia desse documento por e-mail. se você concorda continue com a pesquisa.

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA

PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA PARA NEOPLASIA DE COLO UTERINO AVANÇADA

2018

AUTORES:

MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR
Cirurgião oncológico da FCECON
Mestrando do Mestrado Profissional em Cirurgia da UFAM (PPGRACI-UFAM)

IONE RODRIGUES BRUM
Ginecologista e Obstetra
Orientadora do Mestrado Profissional em Cirurgia da UFAM (PPGRAC-UFAM)
Diretora da Faculdade de Medicina da UFAM

IVAN TRAMUJAS DA COSTA E SILVA
Professor de coloproctologia da UFAM
Coordenador do Mestrado Profissional em Cirurgia da UFAM (PPGRACI-UFAM)
Vice diretor da Faculdade de Medicina da UFAM

Contato com o autor:
manoelcoelho@oncologicamanaus.com.br

APRESENTAÇÃO

O Amazonas é o estado brasileiro campeão em números de casos de câncer de colo uterino, sendo esta doença a responsável pela maioria dos casos de óbitos por neoplasia na região norte.

No Brasil, existe um grande número de pacientes que chegam aos hospitais de câncer em estadiamento avançado e que apesar do tratamento quimiorradioterápico, persistem com a neoplasia.

Para algumas dessas pacientes existe uma cirurgia complexa, mutiladora que oferece um possibilidade de cura e de paliação para as mesmas, a exenteração pélvica.

Formulou-se esse protocolo baseado em opiniões coletadas através da elaboração de questionário, como instrumento de coleta de dados e com o emprego do método Delphi, na tentativa de melhorar os processos pelos quais as pacientes passarão durante seu tratamento, bem como orientar todos os profissionais envolvidos no tratamento desta população, otimizando os recursos, no cuidado com as pacientes,quando o estadiamento estiver avançado.

COLABORADORES:

ADEMAR LOPES
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião oncológico e vice presidente do HOSPITAL A.C. CANCER CENTER, São Paulo.

ALDREY TSUNODA
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgiã oncológica do Hospital Erasto Gaetner, Curitiba.

EID GONÇALVES COELHO
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião Oncológico do Hospital Universitário - UFPI e da Sociedade Piauiense de Combate ao Câncer, Natal.

EMERSON LUÍS GAMA PRISCO
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião Oncológico da equipe de Coloproctologia Oncológica do Hospital Aristides Maltez, Salvador.

GALUCO BAIOCCHI
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Diretor do Departamento de Ginecologia Oncológica do A. C. Camargo Cancer, São Paulo.

GUSTAVO LAPORTE
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião oncológico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

HIGINO FELIPE FILGUEIREDO
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica-SBCO
Cirurgião oncológico da FCECON, Manaus.

JORGE LYRA
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Professor de Cirurgia da Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz.

LEONARDO SILVEIRA DA SILVA BARRETO
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião oncológico do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal.

MARCELO URATANI
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião oncológico da FCECON, Manaus.

MARCO ANTONIO RICCI CORREA JUNIOR
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião oncológico da FCECON, Manaus.

PAULO HENRIQUE ZANVETTOR
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Chefe do Departamento de Cirurgia Pélvica do Hospital do Câncer Aristides Maltez, Salvador.

RANYELL SPENCER
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Médico Titular do Departamento Cirurgia Pélvica do AC Camargo Cancer Center (núcleo tumores colorretais e sarcomas), São Paulo.

THIAGO SOUZA
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião Oncológico do Hospital Santa Júlia, Manaus.

VLADIMIR PINHEIRO
Membro Titular da Sociedade Brasileira Cirurgia Oncológica SBCO
Cirurgião oncológico Hospital São Camilo Cura Dars, Natal.

SUMÁRIO

DEFINIÇÃO **6**
CLASSIFICAÇÃO **7**
INDICAÇÕES **8**
CONTRAINDICAÇÕES **8**
AMBULATÓRIO **8**
PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO **9**
CENTRO CIRÚRGICO **10**
CUIDADOS NO TRANS-OPERATÓRIO **10**
PÓS-OPERATÓRIOS **12**
CONCLUSÃO **13**
REFERÊNCIAS **14**

DEFINIÇÃO

A cirurgia de **exenteração pélvica** consiste na ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga), o reto e sigmóide.

CLASSIFICAÇÃO

A exenteração pélvica pode ser classificada quanto aos órgãos ressecados como anterior, posterior e total.

Na exenteração anterior, excisa-se em monobloco os órgãos genitais femininos em conjunto com os do trato urinário inferior (ureteres distais e bexiga). Esta operação tem sua maior indicação nas neoplasias pélvicas localmente avançadas ou recorrentes que envolvam exclusivamente o trato urinário inferior (bexiga e ureteres) e o genital feminino (útero e vagina).

Na exenteração posterior é realizada a ressecção em monobloco dos órgãos genitais femininos em conjunto com o retossigmóide e apresenta sua maior indicação nas neoplasias pélvicas localmente avançadas ou recorrentes que envolvam, exclusivamente, o trato genital feminino e o retossigmóide.

Finalmente, quando a neoplasia envolve ambos os tratos, urinário e genital, além do reto, a ressecção em monobloco de todas essas estruturas é denominada exenteração pélvica total. Esta cirurgia é subdividida em supralevantadora ou infralevantadora no que tange à preservação ou não do assoalho pélvico.

Na exenteração supralevantadora ocorre a preservação do assoalho pélvico, enquanto que na infralevantadora é realizada a ressecção de todo aparelho esfincteriano bem como a porção inferior da vagina, vulva ou períneo incluindo também o ânus e a uretra. A exenteração supralevantadora tem sua maior indicação para os tumores pélvicos que não envolvam o assoalho pélvico, podendo, desta forma, estar associada a maiores índices de conservação esfincteriana.

Em contrapartida, a exenteração infralevantadora é habitualmente reservada para os casos em que ocorra o envolvimento dessas estruturas ou para casos de tumores pélvicos volumosos que impossibilitem uma abordagem exclusivamente por via abdominal.

INDICAÇÕES

CURATIVA:

- Recorrência pélvica central de neoplasia de colo uterino pós-radioquimioterapia;
- Fístula retovaginal ou vesicovaginal – estadiamento Iva (FIGO);
- ECOG –PS - 0-2.

PALIATIVA:

- Presença de fístula;
- Lesão perineal/vulvar;
- Até duas comorbidades (excetuando insuficiência renal, critério de contraindicação absoluta);
- ECOG PS 0-2.

CONTRAINDICAÇÕES

- Síndrome fossa obturatória;
- Ascite;
- Derrame pleural;
- Linfadenopatia para-aórtico;
- Doença na parede lateral pélvica;
- Insuficiência renal.

AMBULATÓRIO

As pacientes serão atendidas no Departamento de Cirurgia Pélvica, provenientes dos seguintes ambulatórios:

Ambulatório de Ginecologia Oncológica

Ambulatório Oncologia Clínica

Ambulatório de Radioterapia

Excecionalmente, pacientes encaminhadas de outras Instituições/Serviços poderão ser atendidas no ambulatório se tiver prévia autorização do médico assistente do Departamento de Cirurgia Pélvica da FCECON.

Nesta primeira fase, em sua avaliação, a paciente terá necessariamente que ter:

- Avaliação clínica (exame físico + anamnese);
- Biópsia ou confirmação anatomopatológica da recidiva ou persistência da doença;
- Exames de imagem (Tomografia de tórax, abdome e pelve) e Ressonância magnética de pelve;

- Risco cirúrgico;
- PET – CT (discussão à parte);
- Definição do ECOG *status* performance (0,1,2,3 e 4);
- Agendamento prioritário através de identificação no prontuário eletrônico e físico da candidato à cirurgia de resgate. (haverá uma marcação no prontuário para sinalizar este atendimento: Carimbo do Departamento).

Na segunda fase do atendimento no Departamento de Cirurgia Pélvica, segunda consulta :

- Definição da eleição da paciente para cirurgia;
- Discussão com Grupo Multidisciplinar (cirurgia, oncologia clínica e radioterapia);
- Discutir com a paciente o procedimento cirúrgico sobre a questão mutiladora (sexualidade, funções fisiológicas) e morbimortalidade;
- Encaminhar para estomatoterapia para definição da melhor localização do estoma;
- Encaminhar para consulta Psicológica;
- Avaliação cardiológica;
- Avaliação pré-anestésica ambulatorial;
- Folheto informativo sobre os preparos pré-operatórios;
- Encaminhar para o Setor de Agendamento de Cirurgia (ACOLHIMENTO).

PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO

DOMICILIAR

- Dieta líquida sem resíduos por 3 dias (chá, sucos sem resíduos e sopas sem resíduos);
- Orientação para o jejum de 8 horas antes da cirurgia.

INTERNAÇÃO

- Dieta líquida sem resíduos;
- Administração de medicamentos de uso rotineiro (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes etc.);
- Laxantes; (a critério do cirurgião)
- Enteroclisma;(a critério do cirurgião)
- Preparo do sítio cirúrgico e marcação prévia do local do estoma (estomatoterapeuta);
- Checagem da reserva de sangue e reserva de UTI;
- Avaliação do anestesiologista.

CENTRO CIRÚRGICO

- Protocolo de cirurgia segura (identificação do paciente, checagem dos exames e OPME).
- Checagem de material .
    - Caixa de laparotomia e caixa de cirurgia vascular;
    - Grampeador linear com 01 carga;
    - Grampeador curvo cortante Contour, grampeador circular 29 - 33;
    - Dreno de silicone com sistema fechado e aspiração contínua (BLAKE);
    - Cateter duplo “J" 02 unidades;
    - Bolsa de colostomia (Karaya);
    - Perneira do tipo bota;
    - Bota de compressão pneumática intermitente antitrombótica;
    - Manta térmica;
    - Checagem da reserva de sangue e reserva de UTI.

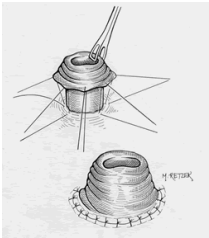
CUIDADOS NO TRANSOPERATÓRIO

- Preparo anestésico;
- Cateter venoso central;
- Antibioticoterapia por orientação da equipe;
- Cateter duplo “J";
- Sondagem Cateterismo vesical;
- Estadiamento cirúrgico;
- Definição da ressecabilidade;
- Fase de ressecção da peça:
    - Ausência de lesões extra-pélvicas;
    - Invasão da parede óssea pélvica (dissecção espaços para vesical e pararretal);
    - Definição de invasão da bexiga e reto;
    - Dissecção ureteral até sua porção distal;
    - Ligadura dos vasos uterinos e parametriais em sua origem;
    - Dissecção da porção retropúbica e retrossigmóide;
    - Ligadura dos vasos sigmoidianos e secção ao nível da junção retossigmoidiana, envolvendo a cadeia linfonodal própria, com grampeador linear;
    - Secção dos ureteres bilateral na sua porção distal;
    - Definição de exenteração pélvica total (I- supralevantadora, II– infralevantadora ou III– com vulvectomia).

- Fase da reconstrução urinária e do trânsito intestinal.

  Ureteroileostomia Bricker (se exenteração anterior):

- ✓ Exteriorização da alça de íleo ao nível do flanco direito – local de marcação prévia pelo grupo de estomatoterapia;
- ✓ Abertura de dois orifícios no reservatório urinário ileal de 12-15 cm e passagem do cateter duplo "J" nos ureteres;
- ✓ Anastomose ileoureteral na borda antimesentérica;
- ✓ Sonda de Foley para descompressão da alça urinária;
- ✓ Reconstrução do trânsito intestinal com entero-enteroanastomose;
- ✓ Drenagem da cavidade com dreno tubular de silicone em sistema fechado de aspiração contínua por pressão negativa (dreno de BLAKE);
- ✓ Fechamento do tempo perineal quando exenteração tipo 3 primariamente;
- ✓ Tratamento do oco pélvico de acordo com cada caso e situação (epiploon, tela com gramatura mista);



Colostomia à Booke

- ✓ Adequação da bolsa de colostomia;
- ✓ Solicitação do exame anatomopatológico;
- ✓ Encaminhamento da paciente à UTI.

- Colostomia úmida:

- ✓ Exteriorização da alça de sigmóide ao nível do flanco esquerdo – local de marcação prévia pelo grupo de estomatoterapia;
- ✓ Abertura de dois orifícios no reservatório urinário cólico de 12-15 cm e passagem do cateter duplo "J" nos ureteres;
- ✓ Anastomose ureterocólica com fio absorvível 4-0 na tênia na borda antimesentérica;
- ✓ Sonda de Foley para descompressão da alça urinária;
- ✓ Drenagem da cavidade com dreno tubular em sistema fechado de aspiração contínua (dreno de BLAKE);
- ✓ Fechamento do tempo perineal quando exenteração tipo 3 primariamente;
- ✓ Tratamento do oco pélvico;
- ✓ Fechamento da cavidade e maturação da colostomia úmida com fio absorvível 3 ou 4-0;
- ✓ Adequação da bolsa de colostomia;
- ✓ Solicitação do exame anatomopatológico;
- ✓ Encaminhamento da paciente à UTI.

CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

- Manutenção do paciente por 24-48hs com avaliação clínico-laboratorial de 12/12hs pela equipe cirúrgica e da terapia intensiva;
- Medidas antitrombóticas (heparina de baixo peso dose profilática, meias de média compressão 7/8 e deambulação precoce);
- Fisioterapia respiratória e motora precoce;
- Início da dieta - com presença de ruídos hidroaéreos e saída de gases pela colostomia e condição clínica aceitável.

- Cuidados ambulatoriais pós–operatório:

  - Retirada dos pontos (alternados) a partir do 14º dia e o restante 2 dias após;
  - Manutenção de medidas antitrombóticas por 14 dias;
  - Avaliação semanal da colostomia úmida pelo cirurgião e pelo grupo de estomatoterapia;
  - Retirada do cateter duplo "J" entre 7º e 21º dia de pós-operatório da cirurgia;
  - Retorno ambulatorial semanal por 3 semanas desde sua alta;
  - Retorno com o exame anatomopatológico;
  - Seguimento oncológico trimestral com exame clínico (avaliação perineal, ferida operatória e colostomia) e exames de imagem TC de tórax e abdome e RNM de pelve nos (quando necessário) nos primeiros 2 anos, a seguir, semestral até o quinto ano.

CONCLUSÃO

Este instrumento foi construído a partir de opiniões de especialistas na realização da exenteração pélvica.

Servirá como guia para aqueles que estão envolvidos no atendimento das pacientes portadoras de câncer avançado de colo uterino e suas complexas necessidades, desde a abordagem nos ambulatórios, passando pelo período de internação hospitalar, incluindo seu acompanhamento pós-operatório.

Também tem o papel de ser uma ferramenta útil, servindo como modelo para outros protocolos institucionais ou mesmo adotado por Instituições congêneres.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. **Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Saúde**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013. 1ª. Edição, 82 p. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro2-CriteriosDiagnosticosIRASaude.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ARAUJO, D. E.; MERCHAN-HAMAN, E.; SILVA LIMA, F. S.; LAGUARDIA, J.; M. M. U. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **Rev. Eletron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 1-16, 2016. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1090/pdf1090>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ALPENDRE, F. T.; CRUZ, E. D. A; DYNIEWICZ, A. M.; MANTOVANI, M. F.; CAMARGO E SILVA, A. E. B.; SANTOS, G. S. Safe Surgery: validation of pre and postoperative checklists. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 25, e 2907, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692017000100357&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ARENDS, J.; BACHMANN, P.; BARACOS, V. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. **Clin. Nutr.**, v. 36, n. 1, p. 11-48, 2017. Disponível em: <http://www.espen.info/wp/wordpress/wp-content/uploads/2016/11/ESPEN-cancerguidelines-2016-final-published.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BACHA, O. M. **Avaliação da morbidade do uso de drenos após a linfadenectomia retroperitoneal em pacientes com tumores ginecológicos**: revisão sistemática da literatura., 2007. 65 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Programa de Pós-graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12623/000621738.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 abr. 2016.

BECSI, J.; SZABÓ, B.; KISS JR, S. et al. Total Infra-elevatorian Exenteration with Vulvectomy as Salvage Therapy in a Recurrent Irradiated Cervical Cancer with Pelvic Sidewall Involvement. **J. Interdiscipl. Med.**, v.2, n.1, p. 80-82, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/jim-2017-0001>. Acesso em: 25 abr. 2017.

CÂNCER do colo do útero. Condutas do INCA: Câncer de colo uterino. Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.4, n. 46, p.351-54, 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/normas.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

BRUNSCHWIG, A. Complete Excision of Pelvic Viscera in the Male for Advanced Carcinoma of the Sigmoid Invading the Urinary Bladder. Nova Iorque. **Ann. Surg.**, v. 129, n.4, p. 499-504,1948. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1514039/?page=1>. Acesso em 20 abr. 2016.

CARVALHO, K. **Estadiamento, genótipos de HPV e metilação do gene WIF1 em câncer do colo do útero**: associações com o prognóstico e sobrevida. 2016. 84f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública, área de concentração Patologia) Universidade Federal de Goiás. Goiânia. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/6515>. Acesso em: 20 abr. 2018.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev. Min.Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 429-434, 2009. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/209>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CIGANA, D. J. **Utilização de leitos de uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital de grande porte do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2012-2013**. 2015. 21f. Trabalho de conclusão de especialização (Curso de Especialização em Gestão em saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Panambi. 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/130262>. 20 abr. 2016.

CORREA, M. M. M. A.; NAFFAH FILHO, M.; CECILEO, M. A. M. et al. Diretrizes para a atenção oncológica no estado de São Paulo: contribuições para o debate. **BEPA, Bol. Epidemiol. Paul.**, v.8, n.92, p. 24-43, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bepa/v8n92/v8n92a03.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

COSTA, S. R. P., Antunes, R. C. P., Lupinacci, R. A. A exenteração pélvica para o tratamento da neoplasia pélvica localmente avançada e recorrente: experiência de 54 casos operados. **Rev. Soc. Bras. Cancerol.**, v.11, n. 35, p. 13-22, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/953-v6n3aAO953portp302-10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CUTRIM, S. S., TRISTÃO, J. A. M., TRISTÃO, V. T. V. Aplicação do método Delphi para identificação e avaliação dos fatores restritivos à realização de parcerias Público-Privadas (PPP). **Rev. Espacios**, v. 38, n. 22, p. 29-44. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n22/a17v38n21p29.pdf>. Acesso em 12 set. 2017.

DE SOUZA BOURET, F.; CAPOROSSI, F.; CAPOROSSI, C. Uso profilático de dreno em operação abdominal: revisão de literatura. **Rev. Coorte**, v. 1, n. 07, p.49-59. Cuiabá, 2017. Disponível em: <http://revistacoorte.com/index.php/coorte/article/viewFile/57/59>. Acesso em: 15 nov. 2017.

DIAS, A.; NAHAS, S. A modified supraelevator pelvic exenteration for the treatment of locally advanced rectal cancer with vaginal and uterine invasion. **Surg. Today**, v. 43, n. 6, p. 702-704, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00595-012-0298-2>. Acesso em: 28 abr. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER.INCA**. Estatística. Incidência de câncer no Brasil, Estimativa**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 02 mar. 2018.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet: vantagens e ressalvas. **Administração on line**, v. 2, n. 2, p. 1-11, 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

HAAS, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C.; KALIL, A. N. Repercussões emocionais da exenteração pélvica feminina: revisão da literatura (2003-2013). **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 2, p. 614-624, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/362/36252193027/>. Acesso em 10 fev. 2018.

HINO, H.; KINUGASA, A.; SHIOMI, A. et al. Robotic-assisted multivisceral resection for rectal cancer: short-term outcomes at a single center. **Techn. Coloproct.**, v. 21, n. 11, p. 879-886, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10151-017-1710-0>. Acesso em: 20 fev. 2018.

HOCKEL, M. Long-term experience with (laterally) extended endopelvic resection (LEER) in relapsed pelvic malignancies. **Curr. Oncol. Repports**, v. 17, n. 9, 2-9, 2015. Disponível em:<https://doi.org/10.1007/s11912-014-0435-8>. Acesso em: 29 abr. 2017.

HSU, C. Sandford, B. A. The Delphi technique: making sense of consensus. **Pract. Assess. Resear. & Evalut.**, v. 12, n. 10, p.1–8, 2007. Disponível em: <http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=10>. Acesso em: 20 abr. 2016.

JESUS, E. C.; MATOS, D.; CASTRO, A. A. Drenagem profilática de rotina de anastomoses em cirurgia colorretal eletiva: revisão sistemática da literatura e metanálise. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v.49. n. 2, p. 214-219, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v49n2/16220.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

JUNIOR, L. O. Infecção por Papilomavírus Humano (HPV): Aspectos gerais. **Rev. Cient. FAEMA**, v. 7, n. 1, p. 41-52, 2016. Disponível em: <http://orcid.org/00000002-0150-1494>. Acesso em:02 mar. 2018.

KUMAR, A.; KUMAR, N.; KUMAR, G. et al. A prospective evaluation of surgical outcomes of laparoscopic transperitoneal radical cystectomy/anterior pelvic exenteration: our surgical technique and experience. **Cent. Eur. J. Urol.**, v. 70, n. 2, p. 214-215, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510341/>. Acesso em:10 out. 2017.

LEES, B. F.; ERICKSON, B. K.; HUH, W. K. Cervical cancer screening: evidence behind the guidelines. **Am. J. Obst. & Gynec.**, v. 214, n. 4, p. 438-443,2016. Disponível em:<https://www.ajog.org/article/S0002-9378(15)01450/abstract>. Acesso em:20 abr. 2017.

LOPES, A. Tratamento cirúrgico de câncer de reto: ressecções ampliadas. In: ROSSI; B. M.. **Câncer de colón, reto e ânus**.1 ed. São Paulo: Maria Aparecida Bussolotti. 2004. v.1, p.353-365. Disponível em: Biblioteca da Fundação Controle de Oncologia. Acesso em: 25 maio 2017.

LOURA, I. **Exenteração pélvica: revisão sistemática enfocando as indicações e a eficiência desse tratamento em pacientes com recidivas de câncer de colo de útero**. 2016. 49f. Trabalho (Conclusão Curso Medicina) – Faculdade Federal da Bahia, Salvador. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/20775>. Acesso em: 18 abr. 2017.

LUCAS, R.; CUNHA, T. M. Estratificação do carcinoma do colo do útero Pré e Pós-terapêutica–uma perspectiva global. **Acta Radiol. Port.**, v. 26, n. 103, p. 29-36, 2014. Disponível em:<http://revistas.rcaap.pt/actaradiologica/articleviewFile/13665/10379>. Acesso em: 20 fev. 2018.

MAGRINA, J. F.; STANHOPE, C. R.; WEAVER, A. L. Pelvic exenterations: supraelevator, infraelevator, and with vulvectomy. **Gyn. Oncol.**, v. 64, n. 1, p. 130135,1997. Disponível em:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825896945321>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MAMMAS, I. N.; SPANDIDOS, D. A. George N. Papanicolaou (1883-1962): Fifty years after the death of a great doctor. **J. of BUON**, v. 17, n. 180-184, 2012. Disponível em: <https://www.spandidospublications.com/var/spand/publication_592.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MARQUES, M. C. P., RIBEIRO, M. E. O.; GABRIEL, A. G. P. et al. Contribuições da Técnica de Ensino Brainstorming: Uma Experiência com Estudantes de uma Escola Estadual de Alta Floresta - MT. **Id on Line. Rev. Psicol.**, v. 11, n. 37, p. 318-328,2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/844>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MARTINS, M. Estamos realmente prontos para a implantação do protocolo ERAS? **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 44, n. 4, p. 314-315, 2017. Disponível em: <http: //dx.doi.org/10.1590/0100-69912017004015>. Acesso em: 10 fev. 2018.

MAURICE, M.J.; RAMIREZ, D.; GORGUN, E. et al. Robotic Total Pelvic Exenteration With Intracorporeal Sigmoid Conduit and Colostomy: Step-by-Step Technique. **Urol.**, v. 105, N. 1, p. 6-8, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.02.039>. Acesso em 04 jan. 2018.

MERCEDES R. A.; MERCEDES, T. F. El método Delphi. **REIRE Rev. d'Inov. i Recerca em educació, Universitat de Barcelona, Institut de Ciencies de l'Educacion**, v. 9, n. 1, p. 88-102, 2016. Disponível em: <http://www.ub.edu/ice/reire.htm>. Acesso em: 20 abr. 2016.

MOTA CARNEIRO, R; BELLEN, B.; SANTANA, P.; GOMES, A. Prevalência de tromboembolismo pulmonar incidental em pacientes oncológicos: análise retrospectiva em grande centro. **J. Vasc. Bras.**, v. 16, n. 3, p. 233-238, 2017.Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2450/245053323009/>. Acesso em: 15 fev. 2018.

MUGHAL, M; BAKER, R. J.; MUNEER, A; MOSAHEBI, A. Reconstruction of perineal defects. **The Ann. Royal Coll. Surg. Engl.**, v. 95, n. 8, p. 539-544,2013. Disponível

em: <https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/abs/10.1308/rcsann.2013.95.8.539>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MUNARETTO, L. F.; LUIZ CORRÊA, H.; CUNHA, J. A. C. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Admin. Univ. Fed. Santa Maria**, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2734/273428927002/>. Acesso em 20 abr. 2017.

NORONHA, A. F. **Avaliação das repercussões do tratamento para câncer invasor do colo uterino no assoalho pélvico**. 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado Pós-Graduação em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia) Universidade Estadual Paulista, Botucatu. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/93101>. Acesso em: 20 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Mulheres e Saúde**: evidências de hoje, agenda de amanhã. Nova Iorque, 2009. 1a Edição, p. 94. Disponível em: <www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/publications/mulheres_Saude.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

PEIRETTI, M.; ZAPARDIEL, I.; ZANAGNOLO, V. et al. Management of recurrent cervical cancer: **A review of the literature. Surg. Oncol.**, v. 21, n. 2, p. 59-66,2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article /pii/S0960740411001162>. Acesso em: 20 abr. 2017.

POLETTO, A. **Exenteração pélvica e preservação dos esfíncteres**: análise de 96 casos. 2005. 54f Tese (Doutorado em Clínica Cirúrgica) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <http: //dx.doi.org/ 10.11606/T.5.2005.tde-06102014-113422>. Acesso em: 20 abr. 2017.

SELVA-RUIZ, D.; DOMÍNGUEZ-LIÑÁN, R.; RUIZ-PÉREZ, I. Las técnicas de generación de ideas: aplicándolas a la mejora en salud y gestión de cuidados. **Index de Enfermería**, v. 26, n. 4, p. 285-287, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962017000300011> . Acesso em 16 mar. 2018.

SHARKEY, S. B.; SHARPLES, A. Y. An approach to consensus building using the Delphi technique: developing a learning resource in mental health. **Nurs. Educ. Today**, v. 21, n. 5, p. 398-408, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691701905738>. Acesso em 20 mar. 2016.

SIGNORINI FILHO, R. C.; COLTURATO, L. F.; GEBRIM, L.H. et al. Indicações e complicações da exenteração pélvica no câncer ginecológico. **Femina**, v. 42. n. 2, p.7782, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/01007254/2014/v42n2/a4798.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2016.

SILVA, C. G. **Relação entre a incidência de infecção por HPV com diagnóstico de câncer de colo uterino no Brasil**. 2015. 15 f. Monografia (Graduação em

Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília. Disponível em:<http://repositorio.uniceub.br/handle/235/8670>. Acesso em: 20 mar. 2018.

STEPHANI, M. **Estudo retrospectivo de exenteração na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas-FCECON, no período de janeiro a junho de 2013. 2014**. 13f. Trabalho (Conclusão residência médica em Cirurgia Oncológica) – Fundação Centro de Controle em Oncologia do Amazonas, Manaus. Disponível em: <https://www.dropbox.com/home?preview=RETROSPECTIVO+2013.docx>. Acesso em 20 mar. 2017.

SURVEY MONKEY. **Criador de questionários**. San Mateo, Way San Mateo, California cep94403. Disponível em: <https://www.surveymonkey.com/dashboard/>. Acesso em: 10 maio 2016.

TSUNODA, A. T.; ANDRADE, C. E. M.; VIEIRA, M. A. et al. Laparoscopy in uterine cervical cancer. Current state and literature review. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, n. 5, p. 345-351, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0100-69912015005014>. Acesso em 10 fev. 2018.

VEERASARN, V.; LORVIDHAYA, V.; KAMNERDSUPAPHON, P. et al. A randomized phase III trial of concurrent chemoradiotherapy in locally advanced cervical cancer: preliminary results. **Gyn. Oncol.**, v. 104, n. 1, p. 15-23, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2006.06.045>. Acesso em: 20 abr. 2017.

VIEIRA, S.; COSTA, D.; MENESES, A. et al. Exenteração pélvica para câncer do colo uterino recidivado pós-radioterapia: experiência de um centro terciário do Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Gin. Obst.**, v. 31, n. 1, p. 22-27, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n1/v31n1a05.pdf>. Acesso em 20 abr. 2017.

YANG, K.; CAI, L.; YAO, L. et al. Laparoscopic total pelvic exenteration for pelvic malignancies: the technique and short-time outcome of 11 cases. **World J. of Surg. Onc.**, v. 13, n. 1, p. 301, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12957-015-0715-2>. Acesso em: 20 jul. 2017.

YOUSUF, M. I. Using Experts' Opinions through Delphi Technique. **Pract. Assess. Research & Eval.**, v. 12, n. 4, p. 1–8, 2007. Disponível em:<http://pareonline.net/getvn.asp?v=12&n=4>. Acesso em: 21 abr. 2018.

WAGGONER, S. E. Cervical cancer. **The Lancet**, v. 361, n. 9376, p. 2217-2225, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13778-6>. Acesso em: 21 mar. 2018.

WOLF, B.; GANZERT, R.; STOLZENBURG, J-U. et al. Extended mesometrial resection (EMMR): Surgical approach to the treatment of locally advanced cervical cancer based on the theory of ontogenetic cancer fields. **Gyn. Oncol.**, v.146, n. 2, p. 292-298, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016j.ygyno.2017.05.007>. Acesso em: 21 mar. 2018.

OBRAS CONSULTADAS

ANAND, A. S.; ABRAHAM, M.; KURIAKOSE, V. MRI versus clinical assessment in staging and response evaluation in locally advanced cervix cancer patients treated with concurrent chemo-radiation in a tertiary cancer center: a prospective study. **Internat. J. Reprod. Contracept. Obst. and Gyn.**, v. 6, n. 2, p. 392-399, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20164826>. Acesso em: 20 abr. 2017.

COLTURATO, L.; SIGNORINI FILHO, R.; DIBI, R. et al. Pelvic Exenteration: Review of Conventional Technics and Advantages of Laparoscopic Approach. **Braz. J. Video-Surg.**, v. 6, n. 1, p. 14-17, 2013. Disponível em: <https://pdfsemanticscholar.org/8fbf/ae414ce93f29ece3354207f01f3351a0ea0.pdf>. Acesso em 26 abr. 2017.

DIZON, D. S.; MACKEY, H.; THOMAS, G.; WERNER, T. et al. State of the science in cervical cancer: where we are today and where we need to go. **Cancer**, v.120, n. 15, p. 2282-2288, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cncr.28722>. Acesso em: 28 abr. 2017.

GALLOTTA, V.; CHIANTERA, V.; CONTE, C. et al. Robotic Radical Hysterectomy After Concomitant Chemoradiation in Locally Advanced Cervical Cancer: A Prospective Phase II Study. **J. Minimal. Invas. Gyn.**, v. 24, n. 1, p.133-139, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.09.005>. Acesso em 28 abr. 2017.

HOCKEL, M. Do we need a new classification for radical hysterectomy? Insights in surgical anatomy and local tumor spread from human embryology. **Gyn. Oncol.**, v. 107, n. 1, p. 106-112, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.07.049>. Acesso em: 28 abr. 2017.

KANAO, H.; AOKI, Y.; HISA, T. et al. Total laparoscopic pelvic exenteration for a laterally recurrent cervical carcinoma with a vesicovaginal fistula that developed after concurrent chemoradiotherapy. **Gyn. Oncol.**, v. 146, n. 2, p. 438-439, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2017.05.030>. Acesso em: 29 abr. 2017.

ROWE, M.; FRANTZ, J.; BOZALEK, V. Beyond knowledge and skills: the use of a Delphi study to develop a technology-mediated teaching strategy. **BMC Medic. Educ.**, v. 13, n. 51, p. 2-8, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-51>. Acesso em: 26 abr. 2017.

VIZZIELLI, G.; CHIANTERA, V.; TINELLI, G. et al. Out-of-the-box pelvic surgery including ileopsoas resection for recurrent gynecological malignancies: Does that make sense? A single-institution case-series. **Eur. J. Surg. Oncol.**, v. 43, n. 4, p. 710-716, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.10.028>. Acesso em: 21 mar. 2018.

ANEXO A - Sistema TNM desenvolvido pela União Internacional Contra o Câncer (UICC)

Quando o T é..	Quando o N é...	Quando o M é...	Então o estadiamento é...
T1a1	Qualquer N	M0	I1
T1a2	Qualquer N	M0	IA2
T1b	Qualquer N	M0	IB
T1b1	Qualquer N	M0	IB1
T1b2	Qualquer N	M0	IB2
T2	Qualquer N	M0	II
T2a	Qualquer N	M0	IIA
T2a1	Qualquer N	M0	IIA1
T2a2	Qualquer N	M0	IIA2
T2b	Qualquer N	M0	IIB
T3	Qualquer N	M0	III
T3a	Qualquer N	M0	IIIA
T3b	Qualquer N	M0	IIIB
T4	Qualquer N	M0	IVA
Qualquer T	Qualquer N	M!	IVB

Fonte: União Internacional Contra o Câncer (2017).

ANEXO B - Sistema desenvolvido pela FIGO (Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia)

Estadiamento da FIGO para câncer de colo uterino	
Estádio	Características clínicas
I	Tumor limitado ao colo uterino.
Ia	Carcinoma invasivo que apenas é diagnosticado pela microscopia com invasão profunda ≤ 5mm e extensão ≥7mm.
Ia1	Invasão do estroma ≤ 3mm de profundidade e ≤ 7 mm de extensão.
Ia2	Invasão estromal > 3mmn e ≤ 5mm de profundidade e ≤ 7 mm de extensão.
Ib	Lesão invasiva, clinicamente visível, mas, limitada ao colo uterino ou lesão microscópica acima de *Ia*
Ib1	Lesão clinicamente visível ≤ 4 cm na sua maior dimensão.
Ib2	Lesão clinicamente visível > 4 cm na sua maior dimensão.
II	Lesão invadindo para além do útero, mas, não atingindo a parede pélvica ou 1/3 inferior da vagina.
IIa	Lesão sem invasão dos paramétrios
IIa1	Lesão clinicamente visível ≤ 4 cm na sua maior dimensão.
IIa2	Lesão clinicamente visível > 4 cm na sua maior dimensão.
IIb	Lesão com invasão dos paramétrios
III	Extensão para parede pélvica e/ou envolvimento terço inferior da vagina e/ou hidronefrose e/ou rim não funcionante.

IIIa	Envolve terço inferior da vagina sem envolvimento da parede pélvica.	
IIb	Extensão para parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcionante.	
IVa	Tumor que invade a mucosa vesical ou retal, ou que se estende além da pélvis verdadeira.	
IVb	Metástase à distância.	

Fonte: Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. (2017)

ANEXO C - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FCECON

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE EXENTERAÇÃO PÉLVICA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA EM MANAUS - AMAZONAS- BRASIL

Pesquisador: MANOEL JESUS PINHEIRO COELHO JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88333718.2.0000.0004

Instituição Proponente: Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.654.191

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem após avaliação do conhecimento e sugestões de técnicas e estudo das dimensões do problema, e informações que resultaram em sucesso onde os participantes deverão ser de expertises nacionais, previamente selecionados, sobre exenteração pélvica, a criação de um Protocolo com técnicas que melhorem essas e que possam serem empregadas na Fundação CECON.

A característica da amostra se define pelo Método Delphi que não utiliza cálculo amostral, mas define o número pela seleção das principais expertises do Brasil sobre a cirurgia em estudo, sendo nesse caso incluídos 45 participantes.