

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado à Pessoa Submetida a
Colonoscopia de Rastreio do Cancro Colorretal:
Intervenções de Enfermagem**

Vanessa Alexandra Aleixo Tojo

**Lisboa
2022**

**Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado à Pessoa Submetida a
Colonoscopia de Rastreio do Cancro Colorretal:
Intervenções de Enfermagem**

Vanessa Alexandra Aleixo Tojo



Orientador: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa



**Lisboa
2022**

“Se consigo ajudar uma só pessoa a viver melhor, isso já justifica o dom da minha vida”
Papa Francisco

Agradecimentos

À equipa do serviço de endoscopia, por me terem recebido numa altura de pandemia tão atribulada para os serviços, em particular à enfª França Segura e à enfª Diana Silva.

A toda a equipa do serviço de exames especiais onde exerço funções. Mais do que meu, este trabalho é de todos, obrigada pela vossa dedicação diária. Em particular à enfª Anabela Lourenço Lobo, ao enfº Duarte Mendonça, ao enfº Bruno Carneiro, e ao Drº Paulo Ratilal, por me apoiarem todos os dias neste laborioso caminho, por me mostrarem que ainda vale a pena impulsionar mudanças, e por me darem motivação para continuar.

A todas as pessoas a quem tive, no decorrer do meu percurso académico, o privilégio de cuidar, que o meu foco dos cuidados seja sempre a pessoa.

Agradecer também à Profª Drª Maria Alexandra Pinto Santos, pelo seu apoio durante todo o percurso académico.

Aos meus pais, e avós por todo o apoio neste percurso, pela contribuição na minha formação enquanto pessoa e profissional, e por me mostrarem que posso sempre ir mais além.

Ao meu marido, pelo seu amor incondicional, que me dá força em todos os momentos.

A todos vós, o meu profundo e sentido obrigado.

RESUMO

O cancro mantém-se atualmente como uma das principais causas de morte a nível global. O cancro colo retal (CCR), em particular, é o terceiro tumor com maior incidência no nosso país, com uma taxa de 3,5% de mortalidade. A colonoscopia, pela sua capacidade diagnóstica e terapêutica, é considerada o método preferencial de rastreio do CCR. Num serviço de exames endoscópicos foram detetados três indicadores de qualidade que careciam de intervenção: 1) a preparação intestinal, 2) o consentimento informado e 3) sedação, dor e conforto do paciente. Surgindo assim a questão de investigação: *“Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado ao indivíduo submetido a colonoscopia de rastreio do CCR, necessárias à realização de uma colonoscopia de qualidade, em contexto de ambulatório?”*. Inicialmente foi realizada uma revisão scoping e dois estágios em serviços de exames endoscópicos. No decorrer destes foram observadas consultas de enfermagem telefónicas pré-colonosopia, tendo sido feito um *“Guião da consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia”* e um *“Formulário de satisfação pós-colonosopia”*. No último estágio foi implementada a consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia, e entregue o formulário de satisfação pós-colonosopia, tendo sido pedida autorização à comissão de ética em saúde, para a sua divulgação. Das 144 consultas de enfermagem telefónicas realizadas, foi possível obter uma preparação intestinal de 91% na BBPS, 96,3%(105) realizaram exames com apoio anestésico, e 1,8% (2) referiram dor de nível 1 e 5 durante o exame e 2,8% (3) desconforto nível 1 e 2. Depois do exame, 2,8% (3) mencionam ter sentido dor após o exame, de nível 5 e 3. Em 6,7% (7), referiram desconforto de nível 3 após o exame, Mais de 90,0% das pessoas tinham conhecimento sobre, o exame, a importância, os benefícios, e 82,6% (90) os riscos. Em 99,9% (108) das pessoas sentiam-se esclarecidas antes do exame, e assinaram o consentimento, e 97,2% (106) referem ter existido uma preocupação por parte do enfermeiro relativamente ao seu esclarecimento.

Palavras-Chave: Enfermagem, colonoscopia, indicadores de qualidade, cancro colo retal

ABSTRACT

Cancer remains nowadays one of the main causes of death worldwide. Colorectal cancer, particularly, is the third major cause of death by cancer in Portugal with an incidence of 3.5% mortality. Colonoscopy, used as a method for diagnosis and treatment, is the preferred procedure for colorectal cancer screening. Within an endoscopy department, there were identified three quality indicators which were requiring improvement. *These were 1) bowel preparation, 2) informed consent prior to procedure and 3) adequate sedation, pain management and patient comfort.* This has led to the question for investigation “What are the necessary nursing interventions to promote selfcare to the person undergoing bowel cancer screening in order to achieve high standard colonoscopy within an ambulatory setting?” The initial stage was a scoping review and two nursing placements in endoscopy departments. During these placements, pre assessment telephone nursing consultations were observed having resulted in a documented intitled “Guide for nursing telephone consultation pre-colonoscopy” and a “patient feedback questionnaire post procedure”. In the last placement the pre-assessment nursing consultation was implemented for patients undergoing a colonoscopy procedure (using the guide for reference) and patients were requested to complete the feedback form post procedure, having requested authorization to the ethics Committee for Research in Health Sciences for its use. A total of 144 nursing telephone consultations were performed, which resulted in an adequate bowel preparation of 91% in BBPS, 96.3% (105) underwent the procedure with anaesthetic support, 1.8% (2) assessed own pain levels of 1 and 5 during the procedure and 2.8% (3) only an unconformable feeling with pain levels of 1 and 2. In terms of post procedure outcomes, 2.8% (3) mentioned pain levels of 5 and 3 whereas 6.7% (7) mentioned pain levels of 3 and below. More than 90% of patients were aware of what the exam entailed, its importance and benefits and finally 82.6% (90) were aware of the risks of undergoing this procedure. A total of 99.0% (108) of patients stated they felt informed prior to the procedure and signed the consent form and 97.2% (106) stated they felt there was a concern from the nursing team to ensure patients were fully aware of the procedure. **Key Words:** Nursing, colonoscopy, quality indicators, colorectal cancer

LISTA DE SIGLAS / ABREVIATURAS

AAM	Auxiliar de Ação Médica
BBPS	Boston Bowel Preparation Scale
CCR	Cancro Colo Retal
CET	Consulta de Enfermagem Telefónica
CPRE	Colangiopancreatografia retrógada endoscópica
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
ECG	Electrocardiograma
ExE	Exames Especiais
enf^a	Enfermeira
enf^o	Enfermeiro
enf^{os}	Enfermeiros
EONS	European Oncology Nursing Society
ESMO	European Society for Medical Oncology
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy
ESGENA	European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates
IARC	International Agency for Research on Cancer
INE	Instituto Nacional de Estatística
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
PSOF	Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
REPE	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RX	Radiografia
SPED	Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva
SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
WHO	World Health Organization

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1 Situação epidemiológica e do rastreio do CCR na população portuguesa	20
1.2 Indicadores de qualidade da colonoscopia de rastreio	23
1.3 Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa que realiza uma colonoscopia de rastreio de qualidade	32
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	38
2.1 Metodologia do projeto	38
2.2 Estágio num serviço de exames endoscópicos de um centro hospitalar central	41
2.3 Estágio num serviço de exames especiais de um hospital privado	58
3. CONCLUSÃO	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	
Anexo I- Autorização da Direção de Enfermagem para implementação das consultas de enfermagem telefónicas e do formulário de satisfação	
Anexo II- Protocolo apresentado à Comissão de Ética em Saúde e respetiva resposta	
Anexo III - Escala de Preparação Intestinal de Boston utilizada no serviço ExE (traduzida)	
APÊNDICES	
Apêndice I – Protocolo de revisão scoping	
Apêndice II - Grelha de observação das consultas telefónicas de enfermagem	
Apêndice III – Guia da Consulta de Enfermagem Telefónica pré-exame endoscópico	

Apêndice IV – Quadro do registo do tempo das consultas telefónicas de enfermagem

Apêndice V – Reflexão segundo o ciclo de Gibbs

Apêndice VI – Questionário aos enfermeiros sobre a pertinência da consulta de enfermagem telefónica pré-exame

Apêndice VII – Formulário de satisfação pós-colonosopia

Apêndice VIII – Plano da sessão e slides da apresentação realizada junto dos enfermeiros do serviço de gastroenterologia

INTRODUÇÃO

O presente relatório do curso de mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica, área específica de intervenção de oncologia, descreve criticamente as atividades de um projeto de formação com intervenção que se desenvolveu durante 18 semanas, entre 14 Dezembro de 2020 a 16 de Abril 2021, em serviços de exames endoscópicos gastroenterológicos de dois hospitais de Lisboa, um central e outro privado, ambos centros de referência no rastreio do Cancro Colo Retal (CCR). O referido projeto intitula-se “Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do CCR: intervenções de enfermagem”, tendo como base a teoria do défice do autocuidado de enfermagem da Dorothea Orem (Orem, 2001).

O cancro mantém-se, na atualidade, como um problema que carece de intervenção, tanto a nível internacional, como nacional (Favoriti, Carbone, Greco, Pirozzi, Pirozzi, & Corcione, 2016). Em Portugal, acompanhando a tendência europeia, tem-se verificado um aumento constante da taxa de incidência das doenças oncológicas, a 3% ao ano (DGS, 2017a). Em 2017 ocorreram 3852 mortes por neoplasia do cólon, reto e ânus, o que representa 3,5% da taxa de mortalidade do país, situando-se no terceiro lugar dos tumores com maior incidência a nível nacional (INE, 2019).

Com vista à diminuição da incidência de cancro em Portugal têm-se vindo a adotar medidas, quer de prevenção primária¹, quer secundária², sendo o rastreio do CCR prioritário (DGS, 2017a). Este rastreio tem como objetivo, a cobertura do rastreio oncológico de 100% base populacional. A cobertura geográfica dos rastreios de CCR tem vindo a aumentar, sobretudo desde 2016, ainda que no ano de 2019 das 396.105 pessoas referenciadas para o rastreio apenas 127.330 o realizaram, o que situa a taxa de adesão a este rastreio em 32,1% (DGS, 2019).

¹ Da prevenção primária fazem parte um “conjunto de ações destinadas à diminuição da exposição aos fatores de risco, com o objetivo de diminuir a ocorrência da doença” (Simões, 2016, p.102);

² A prevenção secundária “carateriza-se, em termos científicos pela intervenção no diagnóstico e tratamento das fases pré-clínicas da doença cancerosa através da implementação de estratégias de *screening* /rastreio” (Simões, 2016, p.111).

No entanto a própria DGS (2018) reconhece haver uma redução de 16% da taxa de mortalidade, desde a implementação do programa de rastreio do CCR.

A nível nacional, o rastreio baseia-se na realização de um teste primário com Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), na população assintomática entre os 50 e os 74 anos, sem outros fatores de risco e, nos casos positivos, está indicada a realização de uma colonoscopia total (DGS, 2014b). A colonoscopia é um exame que permite a observação do cólon e reto através de um aparelho colonoscópio que possui uma câmara na extremidade, com objetivos de diagnóstico e/ou terapêuticos, (DGS, 2014b). É considerado o método mais eficaz de rastreio do CCR, uma vez que permite a deteção em indivíduos assintomáticos de lesões pré-cancerígenas numa fase inicial (Rex et al, 2017).

Os enfermeiros são um elemento constituinte da equipa multidisciplinar presente na realização deste exame, tendo um papel preponderante junto da pessoa, salvaguardando a prestação de cuidados individualizados, antes, durante e após a realização de procedimentos endoscópicos (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, ESGENA, 2004).

Sou enfermeira numa unidade de exames endoscópicos que realiza cerca de 300 colonoscopias anualmente. Está integrada, numa rede oncológica, como unidade diferenciada no rastreio do CCR. Face ao número de colonoscopias realizadas no serviço e, considerando, a importância que têm no rastreio do CCR, e das competências do enfermeiro especialista, especificamente relativas ao dever de aplicar conhecimentos em diversas áreas de atuação, diferentes contextos de vida dos indivíduos e em todos os níveis de prevenção de doença, tendo por isso, os enfermeiros, um papel preponderante na prevenção e rastreio de doenças oncológicas (DR, 2011), debrucei-me sobre os indicadores para uma colonoscopia de qualidade, definidos pela ESGE (Rembacken et al, 2012), alguns já aplicados e com resultados avaliados no serviço.

Foi possível aferir junto da equipa e gestão de enfermagem do meu serviço, um indicador no qual seria necessário intervir: “a preparação intestinal “para a colonoscopia, uma vez que, esta foi adequada só em 82% dos exames, nos anos de 2018 e 2019,

ficando aquém das recomendações europeias. Uma preparação intestinal adequada permite a deteção de lesões neoplásicas, podendo, na situação contrária, não haver deteção de doenças, sendo recomendada a avaliação da preparação intestinal através de uma escala validada, e obter, no mínimo, 90% dos exames realizados com uma preparação intestinal adequada (Rembacken et al, 2012).

Paralelamente a este indicador, e pela sua pertinência na intervenção da enfermagem, foram analisados mais dois indicadores de uma colonoscopia de qualidade (Rembacken et al, 2012): a “avaliação da sedação, dor e conforto” da pessoa que realiza colonoscopia, uma vez que a colonoscopia é muitas vezes associada a dor e desconforto, o que pode condicionar a adesão à sua realização e à qualidade da mesma (DGS, 2014b), e o indicador que monitoriza o “consentimento informado”, uma vez que no serviço, não é validado pelos enfermeiros se a pessoa se encontra devidamente esclarecida. Sabe-se que o desconhecimento relativamente ao exame pode provocar falta de adesão ao rastreio, bem como, levar ao aumento dos níveis de ansiedade a ele associados, devendo o enfermeiro assegurar que a pessoa se encontra devidamente esclarecida e informada sobre o que irá realizar (Rollbusch, Mikocka-Walus, & Andrews, 2014).

A prevenção do cancro é uma área de intervenção do enfermeiro em oncologia, sendo expectável que o enfermeiro especialista, identifique oportunidades de melhoria e estabeleça prioridades e estratégias que as permitam alcançar, evidenciando a importância de conhecer as diretrizes de qualidade na área em que presta cuidados e participando na análise e planeamento de orientações direccionadas para a prática (Regulamento nº 122/2011). Também a EONS (2017), nos lembra que este enfermeiro é responsável pela adequação de cuidados especializados do foro fisiológico e psicológico em todas as fases da doença, quer seja na prevenção, deteção, diagnóstico e tratamento do cancro, devendo basear a sua prática na evidência científica, desenvolvendo assim cuidados individualizados, e implementando programas que promovam a melhoria dos cuidados prestados, bem como a sua avaliação (OE 2019).

Surge assim este projeto que pretende contribuir para melhorar dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa que realiza colonoscopia para rastreio do CCR, promovendo o seu autocuidado, sobre três indicadores da qualidade estabelecidos a nível europeu e reconhecidos também em Portugal pela Direção Geral de Saúde, que considera uma colonoscopia de qualidade, aquela em que existe uma preparação adequada que permite a visualização da mucosa, e com o mínimo de desconforto para uma pessoa esclarecida (DGS, 2014a).

Decorrente do exposto assim a questão de investigação: “Quais são as intervenções de Enfermagem promotoras do autocuidado de pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do CCR, necessárias à realização de uma colonoscopia de qualidade, em contexto de ambulatório?”

Este trabalho encontra-se dividido em três capítulos, o primeiro correspondente ao enquadramento teórico, que descreve de forma sucinta e sequencial a situação epidemiológica e do rastreio do CCR da população portuguesa, os indicadores de qualidade da colonoscopia de rastreio do CCR, e as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa que realiza uma colonoscopia de rastreio de qualidade. No segundo capítulo, e após apresentar a metodologia deste projeto, estão descritas de forma crítica as atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, seguida dos contributos que os mesmos deram para o desenvolvimento de competências de enfº especialista e de mestre, e para os resultados dos cuidados de enfermagem. No último capítulo, a conclusão onde se descrevem para além dos pontos fortes e fracos do projeto, os principais resultados obtidos bem como a implicação dos mesmos para o futuro do projeto.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Situação epidemiológica e do rastreio do CCR na população portuguesa

O CCR é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em todo o mundo, sendo a quarta neoplasia mais comum, a terceira com maior prevalência e a segunda com maior mortalidade, apresentando uma maior incidência em países desenvolvidos (55%), como a Austrália, Nova Zelândia e Europa (Globocan, 2020a). É expectável o seu aumento em mais de 80% até 2035 (Douaiher, Ravipati Grams, Chowdhury, Alatis, & Are, 2017), sobretudo devido ao crescimento e envelhecimento da população, e pela adoção de estilos de vida de risco (Favoriti, Carbone, & Greco, 2016).

Na Europa, o CCR é a segunda causa de morte para os homens, logo a seguir ao cancro do pulmão, e a terceira causa de morte nas mulheres, situada depois do cancro da mama e do pulmão (OCDE, 2018).

Em Portugal, no ano de 2017, as mortes por tumores malignos foram a segunda causa de morte, correspondendo a 27.503 óbitos, mais 0,5% do que em 2016, encontrando-se as doenças cardiovasculares, no primeiro lugar, seguindo aquilo que se verifica na Europa (INE, 2019). O número total de mortes por neoplasia constitui 25% da mortalidade em Portugal, sendo superior nos homens (29,7%), face às mulheres (20,2%) (INE, 2019), o que pode ser justificado pelas diferenças na exposição a fatores de risco, bem como a eventuais barreiras na adesão à deteção precoce (Sung et al, 2021). Do número total de óbitos por tumores malignos, 3852, como já referido, estão relacionados com o cólon, reto e ânus, ocorrendo 74% das mortes em indivíduos com idade superior a 65 anos, embora 50% dos óbitos sejam de pessoas com mais de 75 anos (INE, 2019). O CCR apresenta uma taxa de mortalidade de 18% em pessoas com 65 anos de idade ou mais, taxa esta que é superior comparativamente ao cancro do pulmão e a todos os outros tipos de cancro (Eurostat, 2020).

Tendencialmente, a mortalidade por CCR tem vindo a diminuir sobretudo devido ao aumento da deteção precoce e da sobrevivência das pessoas com este tipo de patologia (OCDE, 2018). No entanto, em 2020 surgiram 10501 novos casos de CCR em Portugal correspondente a 17,4% do número total de neoplasias a nível nacional, sendo para ambos os sexos, o segundo cancro com maior incidência, ainda que com mais casos no sexo masculino 19,0%, comparativamente a 15,4% no sexo feminino (Globocan, 2020a).

Atendendo a esta dimensão e progressão, o CCR não só provoca fortes impactos negativos nas pessoas e suas famílias como é paralelamente um problema de saúde pública (Camões, 2016). As taxas reduzidas de sucesso de cura em estadios avançados de CCR, faz com que seja crucial a diminuição das taxas de incidência desta doença, através da deteção precoce de lesões pré-malignas (Camões, 2016).

O CCR é uma neoplasia característica dos países desenvolvidos, sendo um reflexo do estilo de vida de cada indivíduo (Buturovic, 2014). A idade, história de colite ulcerosa, história familiar de CCR ou pólipos, bem como o estilo de vida que pode ser alvo de intervenção, como a dieta rica em gorduras e pobre em fibras, o sedentarismo, a obesidade e o consumo de álcool e tabaco, são fatores que contribuem para o aparecimento do CCR (DGS, 2017b; OCDE, 2018).

A mortalidade associada a este tipo de cancro, pode ser amplamente reduzida através de medidas de prevenção (IARC, 2017), quer primária, através de estratégias de promoção de comportamentos saudáveis que levem à modificação de estilos de vida, quer secundária através da deteção precoce da doença (DGS, 2017b), onde se incluem os rastreios específicos.

O rastreio do CCR tem como principal objetivo a redução da incidência e mortalidade através da deteção precoce de lesões colo-retais precursoras de malignidade (Melo & Braga 2003; Rex et al, 2017). Em Portugal, este rastreio foi iniciado em 2009, e consiste na pesquisa de sangue oculto nas fezes, como já referido por de teste imunoquímico às pessoas assintomáticas entre os 50 e os 74 anos de idade (DGS,2014d). Para além de uma sensibilidade para a deteção de cancro de 79%, este

tipo de teste apresenta inúmeras vantagens, não é invasivo, tem um custo reduzido, sendo por isso um método amplamente utilizado como primeira linha em programas de rastreio (Rex et al, 2017). Um resultado negativo, compreende a sua repetição anualmente, no caso de um teste imunoquímico positivo, a pessoa é encaminhada para a realização de uma colonoscopia total, que deverá ser realizada num período máximo de oito semanas (DGS,2014d).

Para as pessoas com sinais ou sintomas sugestivos de patologia do cólon e/ou reto³, antecedentes pessoais de adenomas do cólon ou CCR, doença inflamatória intestinal, antecedentes familiares de primeiro grau de adenomas do cólon ou CCR, síndromes hereditárias de CCR⁴, devem ser encaminhados diretamente para a realização de uma colonoscopia (DGS, 2014d). A colonoscopia é o meio preferencial de rastreio porque oferece ao mesmo tempo a capacidade diagnóstica e terapêutica permitindo a deteção e remoção de lesões precursoras de cancro, com intervalos de rastreios maiores que podem chegar aos dez anos, no caso de uma colonoscopia de qualidade sem lesões (DGS, 2014d; Rex et al, 2017).

A realização de colonoscopia como meio de rastreio, deve adequar-se ao risco de desenvolver CCR. Em pessoas que possuam um familiar em 1º grau com neoplasia do cólon ou reto diagnosticado com idade superior ou igual a 70 anos, ou dois familiares de segundo grau com a doença, recomenda-se a primeira colonoscopia de rastreio aos 40 anos (SPED, 2011). No caso do diagnóstico de CCR do familiar ser inferior aos 70 anos está indicada a realização de colonoscopia total de cinco em cinco anos, com início aos 40 anos, ou dez anos antes da idade do diagnóstico do familiar (SPED, 2011). Por outro lado, nos casos de CCR hereditário não associado a polipose, a periodicidade do rastreio com recurso a colonoscopia deve ser a cada um ou dois anos com início aos 25 anos (SPED, 2011). Na polipose adenomatosa familiar preconiza-se a realização de rastreio a partir dos 10 anos de idade com recurso à sigmoidoscopia flexível, por ser um exame menos invasivo (SPED, 2011).

³ Tais como a náusea, fadiga, perda de peso, hemorragia não visível, e alterações dos hábitos intestinais (Favoriti et al 2016).

⁴ Os síndromes hereditárias do CCR podem ser divididos em: síndrome genéticas não polípodes, o síndrome de lynch, e os síndromes polípodes hereditários como a polipose adenomatosa familiar (Camões, 2016).

O rastreio do CCR, a nível nacional, tem tido um aumento exponencial de participantes desde 2017, que se manteve sobreponível em 2019, sendo expectável nos próximos anos, que se atinjam as metas previstas de 100% de cobertura geográfica, definidas no Plano Nacional de Doenças Oncológicas (DGS,2017a).

1.2 Indicadores de qualidade da colonoscopia de rastreio

A DGS, define qualidade em saúde como “a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupondo a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (Diário República, 2015, p.13551), sendo considerada uma obrigação ética que visa a diminuição da ocorrência de riscos evitáveis, relacionando-se com a segurança dos cuidados, contribuindo eficazmente para a melhoria do acesso, equidade e respeito dos cuidados prestados (Diário República, 2015).

Segundo Donabedian (1990), a qualidade em saúde baseia-se em sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, e está dependente de uma intervenção dirigida às estruturas onde se prestam cuidados, aos processos e aos resultados, sendo que a estrutura compreende a configuração organizacional dos cuidados, onde se inserem as condições materiais e os recursos humanos; os processos, são relativos aos cuidados prestados, e os resultados compreendem a medição dos efeitos da prestação de cuidados (Donabedian, 1988; DGS, 2012a).

Tem existido uma preocupação crescente na atribuição de indicadores de qualidade às colonoscopias garantindo a validade de um rastreio eficaz do CCR, uma vez que uma colonoscopia de má qualidade, pode traduzir-se em lesões não detetadas, o que significa cancros não detetados (Ekkelenkamp, Dowler, Valori, & Dunckley, 2013). Esta preocupação reflete-se nas diretrizes emanadas por várias organizações de referência na área da colonoscopia. A Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED, 2009), seguindo o modelo de Donabedian (1988), indica que a qualidade dos

cuidados prestados em endoscopia deve atender aos resultados que se relacionam com a “avaliação do estado de saúde após a prestação de cuidados”, ou “a ausência de complicações a longo prazo”. No entanto esta avaliação é considerada pela mesma sociedade como complexa, para além de referir que, a qualidade não se deve circunscrever a esses indicadores, pois é importante ter em conta a “eficiência da técnica” e a “prática baseada na evidência”, sendo por isso necessário outros resultados, como os indicadores de processo (SPED, 2009). Também os indicadores devem contemplar, não só a componente clínica, logística, e administrativa, onde se inclui a satisfação da pessoa, mas também se dirigem à estrutura, onde estão englobados o espaço físico e o equipamento, assim como a qualificação dos profissionais de saúde (SPED, 2009).

Para melhorar a qualidade em endoscopia é essencial escolher indicadores de qualidade e definir as suas metas e, por outro lado, decidir quais as medidas a implementar para a melhoria da prática no caso dos indicadores não atingirem os níveis pretendidos. De uma forma mais ampla, os indicadores de qualidade definidos em endoscopia relacionam-se com: indicações e contra-indicações à realização do exame, complicações e sucesso do exame e a satisfação da pessoa (SPED, 2009). Estes indicadores, de sucesso e satisfação da pessoa, igualmente partilhados pela DGS (2014b), descrevem e avaliam a qualidade de uma colonoscopia, como aquela em que “a progressão ocorre até ao cego”, ou em que há “uma boa preparação intestinal que permite a observação minuciosa da mucosa,” ou ainda um “mínimo de desconforto para a pessoa”, e “sem complicações imediatas ou tardias” (DGS, 2014 b).

A SPED (2009), definiu indicadores de qualidade da colonoscopia para três momentos: antes da colonoscopia, incluem a “indicação apropriada para o exame”: como “o rastreio do CCR”, “a obtenção do consentimento informado”, “o cumprimento dos intervalos recomendados para o rastreio”, ou para “a vigilância pós-polipectomia e cirúrgica”, ou “a vigilância de colite ulcerosa e doença de Crohn”, e “a preparação intestinal” (SPED, 2009). Durante a colonoscopia, os indicadores compreendem “taxas superiores a 95% de realização de colonoscopias totais”, definindo estas colonoscopias como aquelas em que, a visualização da válvula íleo cecal e orifício apendicular e a sua

documentação fotográfica é feita, a “colheita de biópsias para exclusão de colite microscópica em doentes com história de diarreia”, “referenciação cirúrgica”, e uma “taxa de adenomas de 15% para colonoscopia de rastreio”. Após o exame os indicadores prendem-se com “número de perfurações”, “hemorragia pós-polypectomia”, e “tratamento conservador em caso de hemorragia pós-polypectomia em mais de 90% dos casos”.

Também a ESGE (Rembacken et al, 2012) definiu quinze indicadores para uma colonoscopia de rastreio de qualidade a: “experiência médica em rastreio”, “taxa de intubação cecal”, “taxa de deteção de adenomas”, “tempo de retirada do colonoscópio”, “taxa de recuperação de pólipos”, “lesões de intervalo significativas”, “encaminhamento para remoção de pólipos de dimensões superiores”, “limpeza e desinfeção de equipamento endoscópico”, “sinalização através de tatuagem de pólipos de dimensões superiores e neoplasias”, “readmissões ao programa de triagem num período inferior a trinta dias”, “taxa de perfuração”, “taxa de hemorragia”, “o consentimento informado”, “avaliação da preparação intestinal”, e “avaliação da sedação, analgesia e conforto”.

Do artigo 5º da Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina refere que “qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido, (...) após receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento” (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina art. 5º, 2001, p.3). Significa que o consentimento só é considerado eticamente válido se a pessoa tiver sido adequadamente elucidada sobre o procedimento que irá realizar, e as suas possíveis consequências, expectando-se nos casos em que a não realização do procedimento colocaria em perigo a sua vida (Código penal artº 157, 1995).

O consentimento informado deve ser escrito, nas situações indicadas na norma: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito (DGS, 2013), como é o caso dos ensaios clínicos, da interrupção voluntária de gravidez, da procriação medicamente assistida, da colheita de órgãos e tecidos em doadores vivos para fins de

transplante, da electroconvulsivo terapia, do tratamento automatizado de dados pessoais relativos ao estado de saúde e na realização de atos diagnósticos ou terapêuticos invasivos (DGS,2013), onde se incluem a realização de exames endoscópicos como a colonoscopia.

A DGS (2013, 2014d) produziu também uma norma que clarifica conteúdo da informação que deve anteceder a obtenção de consentimento informado, e que são partilhados pela ESGE (Rembacken et al, 2012), para a realização de colonoscopia: os riscos, como hemorragia, perfuração, infeção e efeitos da sedação; a descrição do procedimento endoscópico; os benefícios da realização do procedimento; as suas alternativas; as consequências no caso da sua não realização (Rembacken et al, 2012; DGS, 2013). Este consentimento deve ser também livre e esclarecido, pretendendo-se que a pessoa, ou o seu representante legal, e a instituição fiquem com um documento escrito sobre a informação fornecida antes da aceitação da colonoscopia (DGS, 2017b). Mesmo o consentimento escrito, pode em qualquer momento ser revogado (Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina artº5, 2001; Código Penal artº38, 1995).

Para a ESGE (Rembacken et al, 2012) o consentimento informado como indicador de qualidade da colonoscopia de rastreio, deve ser eticamente irrepreensível para evitar a desistência no próprio dia, ou no decorrer do exame, pelo que estas taxas devem ser inferiores a 5% e 1% respetivamente.

Assim, e apesar do consentimento informado ficar a cargo do prescritor ou executante do exame (DGS, 2013), convém referir que o respeito pela pessoa e pela sua autonomia, dois princípios orientadores da deontologia profissional dos enfermeiros que, subentendem a capacidade e liberdade da pessoa de tomar as suas próprias decisões no que respeita à sua saúde e aos cuidados de saúde (OE, 2011;DGS, 2013), e sendo dever dos enfermeiros “ respeitar, defender, e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015b, p.73), estes devem respeitar consentimento dado ou recusado, mas têm de validar se a pessoa que realiza a colonoscopia tem a informação necessária e suficiente sobre o exame e, em caso negativo, encontrar uma

forma de obter esse esclarecimento com o próprio enfermeiro ou com o médico prescritor (OE, 2015b).

O consentimento informado para a prestação de cuidados de saúde, subentende bem mais do que a formalidade da assinatura, sendo necessária uma comunicação efetiva com a pessoa, explícita e completa, que salvguarde também o cumprimento do princípio da beneficência, pois o ato proposto visa sempre o bem da pessoa, numa ótica de capacitação da mesma para a tomada de decisão (DGS, 2013).

A colonoscopia implica a realização de uma preparação intestinal, que é fundamental para a eficácia do exame, e que está intimamente relacionada com a qualidade da colonoscopia, pois uma preparação ineficaz aumenta os custos em saúde com intervalos mais curtos de vigilância, a necessidade de repetição de exames, e uma maior insatisfação das pessoas (Hassan et al, 2019). Dada a importância da preparação intestinal na deteção de lesões precursoras de malignidade, constitui-se como um indicador de qualidade importante numa colonoscopia de rastreio, do qual dependem mais dois indicadores, a deteção de adenomas, que são mais baixas em preparações deficitárias condicionando a eficácia do rastreio do CCR, e as taxas de intubação ileocecal, também reduzidas, (Rembacken et al, 2012). A ESGE, refere que a preparação intestinal deverá ser adequada em 90% das colonoscopias de rastreio realizadas, e avaliada com recurso a uma escala validada (Rembacken et al, 2012), sendo este também um indicador para a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva, que enuncia que esta deverá ser avaliada com recurso a uma escala qualitativa ou numérica (SPED, 2009).

Há duas escalas mais utilizadas na avaliação da preparação em colonoscopia: Ottawa e Boston, ambas validadas pela ESGE. A escala de Ottawa criada em 2004 pelo departamento de gastroenterologia da universidade de Ottawa, com o objetivo de criar uma escala mais simples, objetiva e estruturada que avaliasse os segmentos do colon, face às que existiam (Rostom & Jolicoeur, 2004). No entanto a *Boston Bowel Preparation Scale* (BBPS) (Lai, Calderwood, Doros, Fix, & Jacobson, 2009) (Anexo III), é aquela que confere possibilidade de avaliação após limpeza e aspiração no decorrer do exame,

sendo já usada no meu serviço (Rembacken et al 2012). A BBPS avalia os três segmentos do colon, o direito (cego e colon ascendente), o transverso (incluindo os ângulos hepático e esplênico), e o esquerdo (colon descendente, sigmóide e reto). Ao contrário dos termos subjetivos (excelente, bom, razoável, mau, insatisfatório) utilizados em outras escalas, esta permite-nos a atribuição, em cada um dos três segmentos de uma pontuação de 0 a 3. A pontuação mínima que se pode obter, é 0, correspondente a uma má preparação intestinal e o máximo 9, que equivale a uma preparação excelente. O valor de 0 é atribuído (Anexo III) quando é impossível a visualização do segmento do cólon por presença de fezes sólidas que não se conseguem remover, é atribuído 1, sempre que o segmento do cólon é observado em parte, existindo áreas mal visualizadas pela presença de fezes residuais e/ou líquido opaco, pontuação de 2, sempre que a mucosa do cólon é bem observada, ainda que contenha pequenos fragmentos de fezes e/ou líquido opaco, e por fim atribuição de 3, sempre que toda a mucosa do cólon é bem observada, não existindo presença de resíduos fecais nem líquido opaco. Após a atribuição de uma pontuação em cada segmento, é realizado o somatório, obtendo assim a pontuação da BBPS (Lai et al, 2009).

Existem diversos fatores que podem influenciar negativamente a qualidade da preparação intestinal e que devem ter tidos em consideração na avaliação inicial da pessoa: a analfabetização, as carências socio-económicas, a idade avançada, o excesso de peso, o género masculino, as pessoa internadas, com reduzida mobilização, que tomam opiáceos, e as com comorbilidades como, diabetes, demência, doença de Parkinson, acidente vascular cerebral, bem como as têm antecedentes pessoais de cirurgias a nível abdominal (Rembacken et al 2012) Estes fatores influenciam negativamente a preparação intestinal sobretudo por razões que se prendem com a adesão às instruções fornecidas sobre essa preparação, e pela diminuição da motilidade intestinal (Rembacken et al 2012; Sim & Koo, 2016). Outro fator importante que se relaciona com a preparação, é o desconforto que as pessoas associam à mesma e que pode condicionar a adesão a um programa de rastreio do CCR (Hassan et al, 2013).

Mas há fatores condicionantes da preparação intestinal, que não são atribuídos às pessoas, mas ao tipo de produto utilizado. De uma forma geral, estes produtos podem ser divididos em dois grandes grupos, os compostos por fosfatos de sódio, cada vez menos utilizados pelo seu risco com certas pessoas com comorbidades como, a insuficiência renal crônica, e as soluções à base de polietilenoglicol, clinicamente mais seguras e largamente utilizadas, apresentando, no entanto, menor tolerabilidade na ingestão pelo seu maior volume (Hassan et al, 2019). Não existe um consenso sobre qual a preparação mais adequada, como conclui um estudo, prospectivo, randomizado e cego, com 276 participantes, com três protocolos de preparações distintas, não tendo existido uma preparação que se evidenciasse como superior na qualidade da preparação intestinal (Groton, Fisher, Speroni, & Daniel, 2015). Recomenda-se a ingestão da preparação em dose dividida, dividindo a toma das duas doses da preparação, sendo que a última dose deve ser iniciada cinco horas antes e finalizada três horas antes do procedimento, havendo evidência de que melhora significativamente, não só a qualidade da preparação, como a tolerância ao exame e a taxa de detecção de adenomas, comparativamente à ingestão da preparação numa dose única (Rembacken et al 2012; Hassan et al, 2019). Recomenda-se também a associação de um laxante em pessoas com obstipação, prescrito de modo individualizado (Hassan et al, 2019).

Associado à ingestão do produto de limpeza, para preparação intestinal está a dieta pobre em fibras e uma dieta à base de líquidos claros na véspera do exame, tendo muitas vezes uma fraca adesão (Hassan et al, 2019). Apesar de muitas unidades indicarem uma dieta pobre em resíduos três dias antes da colonoscopia, a ESGE (Rembacken et al 2012) refere que não existe evidência comprovada da sua eficácia na melhoria da qualidade da colonoscopia, sendo recomendado que esta deva ser circunscrita à véspera do exame, até porque uma dieta menos restritiva melhora também a experiência da pessoa que realiza o exame, aumentando a sua predisposição para repetir o mesmo (Hassan et al, 2019).

As instruções sobre a preparação intestinal, devem ser dadas por profissionais de saúde, devendo ser orais, e não apenas escritas (Hassan et al 2013).

As informações relativas à preparação intestinal devem fazer parte do plano de educação sobre a preparação a realizar, informado à pessoa, havendo evidência de que tal informação melhora significativamente a qualidade da preparação intestinal (Saltzman et al, 2015), daí que deva existir nestas unidades um investimento no fornecimento da informação sobre a realização da colonoscopia às pessoas, quer seja através de mensagens de texto, vídeo com instruções, ou um telefonema pré-exame (Hassan et al,2019).

Todas estas estratégias consideradas eficazes na melhoria da qualidade da preparação intestinal, estão associadas a uma maior taxa de intubação ileocecal e uma melhor experiência por parte da pessoa, com impacto numa maior vontade em repetir o exame (Hassan et al,2019).

A realização de colonoscopia encontra-se associada a dor e desconforto, o que poderá inviabilizar a realização do exame (DGS, 2014b; Valori et al 2012).

O conforto descrito por Kolkaba como uma “condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto, é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental)” (Dowd, 2004, p.484). O conforto é definido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que visa precisamente a uniformização dos conceitos e diagnósticos de enfermagem, como “status: sensação de tranquilidade físico e bem-corporal” (CIPE®, 2016, p.47). Em colonoscopia este desconforto pode ou não relacionar-se com a dor, que desde 2003 a DGS (2003) considera como o 5º sinal vital, mensagem passada aos profissionais de saúde para incluírem a sua apreciação regular na avaliação dos sinais vitais.

O controlo da dor por parte dos enfermeiros está associado à humanização e à qualidade dos cuidados e da pessoa (DGS, 2003). Para esta avaliação podem ser utilizadas diversas escalas, uma delas, a numérica, que recorrendo a uma régua numerada de 0 a 10, em que 0 representa “sem dor” e 10 uma “dor máxima” (DGS, 2003), permite a auto-avaliação da dor pelo próprio. Também na CIPE® a dor é descrita como

uma percepção comprometida que se caracteriza por “aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (CIPE®, 2016, p.54).

A dor sentida na colonoscopia é uma dor considerada visceral, difusa e de difícil localização, que poderá ter sintomatologia associada como, sudorese, palidez, bradicardia e hipotensão (Ylinen, 2010), sendo a sedação uma das intervenções que contribui para a melhoria da experiência algica no exame, que para ser de qualidade, tem de ser confortável, seguro e indolor (Valori et al, 2012; Rembacken et al, 2012). O indicador de qualidade “sedação, analgesia e conforto” estabelecido pela ESGE compreende a avaliação da sedação através de doses médias de fármacos utilizadas, e a avaliação do conforto da pessoa, e o registo de doentes em hipoxia, ao quais pode ser necessário a administração de um fármaco antagonista (Rembacken et al., 2012).

As recomendações nacionais referem que a colonoscopia deve ser feita sob sedação/anestesia por anesthesiologista (DGS, 2014b). A nível europeu encontram-se três práticas, a realização de colonoscopia sem sedação, a sedação feita com benzodiazepinas e opiáceos, e a sedação profunda, realizada por anestesista com recurso a propofol. Esta diversidade deve-se à não existência de apenas um tipo de sedação adequada, devendo cada país seguir as diretrizes nacionais (Valori et al, 2012). Ainda que, a realização de exames sem sedação ofereça um exame com menos custo em termos de equipamento e de riscos em complicações cardiorrespiratórias, tal pode levar a exames incompletos e à não visualização de lesões importantes (Valori et al, 2012). Por outro lado, os exames com sedação profunda requerem, na maioria dos países, um anestesista, o que aumenta os custos com o procedimento e os riscos de complicações decorrentes da sedação, melhorando, no entanto, a tolerância à realização do exame e contribuindo significativamente para a satisfação da pessoa (Valori et al, 2012). Num estudo realizado por Chelazzi et al (2009), com 135 pessoas, em que 101

delas realizaram colonoscopia sob sedação profunda com apoio anestésico com recurso ao propofol, e as restantes não foram sedadas revelou que no grupo sedado foi possível realizar o exame na totalidade, num período de tempo mais curto e sem complicações decorrentes do ato anestésico, já no grupo de pacientes não sedados, 8,9% não conseguiram concluir o seu exame por desconforto ou dor elevada

Em relação a este indicador a SPED (2009), destaca que a satisfação da pessoa, devendo ser avaliada sistematicamente através da resposta a questionários objetivos, estruturados, padronizados e validados.

Em virtude do que foi exposto, verifica-se que, tanto a nível nacional (SPED, 2009; DGS, 2014b), como europeu (Rembacken et al., 2012), as sociedades de referência dos cuidados prestados em endoscopias, são unânimes nas recomendações de indicadores de qualidade relativa à obtenção de consentimento informado, da preparação intestinal adequada, e à avaliação da sedação, dor e conforto inerentes à colonoscopia.

Estes devem ser tidos em conta numa unidade de endoscopia, garantindo assim a qualidade da colonoscopia de rastreio do CCR, ou seja, a qualidade de vida das pessoas que necessitam deste exame.

1.3 Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa que realiza uma colonoscopia de rastreio de qualidade

No que concerne às competências do enfermeiro especialista, este deve possuir competências no domínio da melhoria contínua da qualidade que lhe permite ter um papel dinamizador e de suporte em estratégias institucionais, ser responsável pela criação de programas de melhoria contínua da qualidade, e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento nº 122, 2011). Existindo uma preocupação crescente na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, a Ordem dos Enfermeiros (OE), definiu como padrões de qualidade no âmbito da enfermagem, “a satisfação dos clientes”, “a promoção da saúde”, “a prevenção de complicações”, “o bem-estar e o autocuidado”, “a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2001).

Com o objetivo da obtenção de uma colonoscopia de qualidade é necessária uma equipa multidisciplinar, onde se incluem os enfermeiros, tendo estes um papel preponderante em várias etapas do procedimento, durante a realização do exame pela garantia do conforto da pessoa e da sua segurança assumem ainda funções no âmbito da execução de procedimento técnicos durante os exames, na salvaguarda da segurança da pessoa, e na adequação do suporte técnico, equipamento e material necessário na realização de procedimentos terapêuticos (Valori et al, 2012; ESGENA, 2004). Também para a *European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates* (ESGENA, 2004), ao enfermeiro de serviços endoscopia cabe a responsabilidade de assegurar os melhores cuidados prestados e melhorar a qualidade de vida das pessoas submetidas a exames endoscópicos, prestando cuidados individualizados e holísticos, integrando-se numa equipa multidisciplinar, sendo o seu foco primordial as necessidades das pessoas. Para além das funções descritas, os enfermeiros de serviços de endoscopia, desempenham um papel essencial na educação para a saúde sobre prevenção e rastreio de doenças oncológicas (ESGENA, 2004). A educação para a saúde, é uma competência inerente às funções dos enfermeiros, devendo integrar essas ações nos planos de cuidados, com vista à promoção do autocuidado da pessoa (Regulamento nº190, 2015).

Para Orem (2001), o autocuidado pode ser entendido como uma função reguladora humana, em que o indivíduo realiza atividades que o levem ao equilíbrio da vida, saúde e bem-estar. Não é instintivo, mas antes aprendido ao longo das várias etapas da vida, adequando-se ao desenvolvimento e crescimento da pessoa, à sua condição de saúde, e dependendo de fatores internos e externos, como a idade, o sexo, o estado de saúde, entre outros (Orem, 2001).

A educação para a saúde realizada por enfermeiros, no âmbito da preparação intestinal para a colonoscopia é considerada como um elemento potenciador da melhoria desta. Num estudo retrospectivo realizado por Yee, Manoharan, Hall, & Hayashi (2015), com uma amostra de 2101 pessoas submetidas a colonoscopia, foram realizadas sessões de educação para a saúde em grupos de quinze pessoas onde foram fornecidas

instruções orais e escritas, focadas na importância da preparação intestinal, tendo sido considerada esta intervenção crucial para a obtenção de 91,5% de preparações intestinais adequadas (Yee et al, 2015). Estes autores Yee et al (2015), referem que o foco na melhoria da qualidade da preparação intestinal deve recair na otimização de programas de educação pré-colonosopia.

O enfermeiro deverá adotar estratégias que promovam o autocuidado da pessoa que realiza colonoscopia de rastreio. A teoria geral do autocuidado de Orem (2001), é composta por três teorias relacionadas entre si: a teoria de autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). A teoria do autocuidado baseia-se na existência de três tipos de requisitos: os universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde, relacionando-se os universais com os processos de vida e da manutenção da integridade e do funcionamento humano, presentes em todos os indivíduos independentemente da idade, os de desenvolvimento promovem a adaptação do indivíduo aos processos de vida em diversas situações do ciclo vital, e os de desvio de saúde que estão intimamente ligados às alterações das condições de saúde (Orem, 2001).

Podendo ocorrer ao longo do ciclo vital uma incapacidade do próprio em manter a quantidade e qualidade de autocuidado que garanta a continuidade da vida, a recuperação da doença ou de lesões, tal determina a necessidade de intervenção de enfermagem (Orem, 2001). Surgindo assim a teoria do déficit do autocuidado, em que a intervenção de enfermagem se torna necessária quando é evidenciada uma incapacidade do indivíduo para desenvolver o autocuidado (Orem, 2001).

Com o objetivo de delinear as estratégias de intervenção de enfermagem adequadas às necessidades de cada pessoa, Orem (2001) com a teoria dos sistemas de enfermagem, que compreende três categorias, que se adequam ao nível de déficit de autocuidado: o sistema totalmente compensatório, em que a pessoa é incapaz de desenvolver ações de autocuidado sendo a intervenção do enfermeiro compensatória das limitações da pessoa, apoiando-a e protegendo-a; e o sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro realiza apenas algumas medidas de autocuidado,

sendo as restantes realizadas pelo próprio; e o sistema de apoio-educação, em que o enfermeiro é um agente potenciador do autocuidado ao indivíduo que tem capacidade para o fazer, ensinando-o, supervisionando-o, ou orientando-o (Tomey & Alligood, 2004).

A não adesão ao rastreio do CCR e a otimização do mesmo, demonstra um défice de autocuidado, tornando-se essencial a intervenção de enfermagem, particularmente na área da educação para a saúde que antecede a realização de colonoscopia porque aumenta a adesão da pessoa à realização do exame e a qualidade da preparação intestinal para o mesmo, evitando assim riscos para a sua saúde, como a necessidade de repetição de exames (Abuksis et al. 2001). Como refere Orem (2001), a ação de enfermagem é tida como diferenciadora de todas as outras uma vez que o seu enfoque é na pessoa com incapacidade, com vista à promoção continua dos cuidados, substituindo-a sempre que esta não consiga manter o seu autocuidado ou educando-a para o seu autocuidado (George, 2000). Assim, com vista à promoção do autocuidado à pessoa que realiza colonoscopia de rastreio, o enfermeiro deverá adotar estratégias de apoio e educação que promovam o seu autocuidado, com vista à sua capacitação para a realização de uma preparação intestinal adequada e de gerirem a sua dieta, dor e conforto.

Na meta-análise realizada por Guo et al (2017), foi possível concluir que instruções aprimoradas relativas à preparação intestinal, com explicações adicionais, por folheto informativo, uso de métodos áudio-visuais, serviço de mensagens curtas, aplicações para telemóvel ou telefonemas, contribuem eficazmente para a melhoria da preparação intestinal, e a vontade de repetir mesma. Para estes autores (Guo et al, 2017), a melhoria na forma como as instruções são dadas à pessoa, parecem ter relevância na qualidade da preparação intestinal. No estudo realizado por Ho et al (2019), feito com uma amostra de 186 sujeitos, em que foram introduzidas medidas educacionais suplementares através de vídeo obteve-se uma melhoria da qualidade da preparação intestinal.

Os ensinamentos são descritos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) como uma atividade autónoma dos enfermeiros, sendo exclusiva da sua responsabilidade (OE, 2015a). Também nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem definidos pela OE (2001), esta apresenta a necessidade de existir um fornecimento de informação que seja geradora de aprendizagens cognitivas e de novas capacidades pelo utente. A ação de ensinar está igualmente enunciada nas intervenções de enfermagem da CIPE® (2016, p.115/116), como “Transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém”, e a ação de informar define-se por “dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde”.

Num estudo prospetivo desenvolvido por Liu et al (2014), com 305 pessoas submetidas a colonoscopia sem sedação, em que foi realizado um telefonema na véspera da colonoscopia, com um plano educativo que incidia sobre o cumprimento das instruções da dieta e da hora de início da toma da preparação intestinal, revelou uma melhoria da qualidade da preparação intestinal e da taxa de deteção de adenomas. No entanto Ho et al (2019), referem que as intervenções educativas de enfermagem antes da colonoscopia continuam subvalorizadas, bem como a implementação de ensinamentos sistemáticos sobre a preparação intestinal, recorrendo os enfermeiros pouco ao recurso de diversos métodos.

As consultas de enfermagem via telefone têm aumentado na última década e com tendência crescente, sobretudo com os efeitos da pandemia por SARS-CoV-2. Já em 2009 a OE emitiu um parecer sobre as consultas de enfermagem telefónicas, e em 2021, pelo aumento que estas consultas à distância tiveram no quotidiano dos enfermeiros, emitiu um guia para a realização das mesmas, tornando-se claro, que este tipo de recursos na prestação de cuidados de enfermagem deve continuar (OE, 2009; OE, 2021b).

A OE nomeia esta consulta como telenfermagem, por se referir “ao uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na prestação de cuidados de enfermagem, nos quais o enfermeiro interage com o cidadão de forma remota, com o intuito de prevenir, avaliar, diagnosticar e intervir (...) nelas incluem-se “ a teleconsulta, a telemonitorização, a telereabilitação, o telerastreio, entre outras atividades previstas no âmbito do desígnio profissional do enfermeiro” (OE, 2021a, p. 3).

Quando utiliza TIC nos cuidados de enfermagem, é essencial que o enfermeiro recorra às suas competências comunicacionais focando-se na pessoa, em

percebê-la, adotando uma postura empática e compreensiva, motivando-a a expressar-se livremente, proporcionando tempo para questões, garantindo assim um ambiente agradável e seguro e centrado na pessoa (nos seus direitos e nas suas expectativas) (OE, 2021a). A abordagem à pessoa de uma forma não presencial encerra em si diversos constrangimentos que têm de ser tidos em conta pelos enfermeiros, nomeadamente a de que a comunicação à distância deve manter os mesmos pressupostos de uma interação presencial, como a empatia, confidencialidade e autonomia da pessoa, bem como deve garantir de que a informação é entendida pela pessoa (OE, 2009; Martins, 2010; OE, 2021a). São apontadas como vantagens deste tipo de consultas, uma maior acessibilidade e equidade aos cuidados de enfermagem, desde que existam suportes tecnológicos e rede em boas condições, com possíveis ganhos de saúde em tempo útil, sendo muitas vezes utilizadas para uma extensão dos cuidados, sejam para as consultas de seguimento (*follow-up*), ou para consultas de primeira vez (OE, 2009; OE, 2021a).

A construção de um guião com protocolo de atuação é um procedimento essencial na criação de consultas de enfermagem de qualidade, uma vez que é tido como uma contribuição importante na tomada de decisão do enfermeiro (Martins, 2010), e espelharem a boa prática nessa área.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

2.1 Metodologia do projeto

A realização deste trabalho fundamentou-se na metodologia de projeto, pela integração da componente teórica com a prática que proporciona a resolução de problemas reais. Um projeto, quer seja de investigação ou de boas práticas, tem como foco principal a qualidade de cuidados prestados à pessoa (Hernández & Ventura, 1998). É uma metodologia que permite ao aluno ter um papel ativo na sua aprendizagem, através da investigação, formulação de resultados, tomada de decisões e na resolução de problemas, tendo o professor um papel de orientador (Hernández & Ventura, 1998). Assim, para a execução deste projeto foi realizado um diagnóstico da situação, definidos objetivos, planeadas as intervenções a decorrer nos locais de estágio, que foram executadas, avaliadas com medição de resultados obtidos por indicadores, cumprindo-se assim as cinco fases que um projeto pressupõe (Rui, Ferrito & Nunes, 2007).

Assim, no que confere ao diagnóstico de situação, no serviço onde exerço funções, foram realizadas no ano de 2019, 3114 colonoscopias de rastreio do CCR, sendo considerado um centro de referência do diagnóstico deste tipo de neoplasia. Sendo uma unidade que aplica os indicadores de qualidade propostos pela ESEG (Rembacken et al 2012), estes foram analisados pelos enfermeiros quanto à relação que tinham com as intervenções autónomas dos enfermeiros tendo-se identificado três indicadores com essas características e com resultados inferiores aos desejados sobre os quais se debruça este projeto: o “consentimento informado”, a “avaliação da preparação intestinal”, e a “avaliação da sedação, dor e conforto”. Relativamente ao “consentimento informado”, não é validado pelo enfermeiro se a pessoa se encontra devidamente esclarecida antes do exame. Também a “avaliação da preparação intestinal”, realizada pela BBPS, está abaixo da percentagem recomendada, com valores de 82% em 2018 e 2019, e não de 90% como o indicador de qualidade descrito pela ESEG (Rembacken et al 2012). E a “avaliação da sedação, dor e conforto” da pessoa que realiza colonoscopia

não é monitorizado, tornando-se assim crucial a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista, na melhoria dos cuidados de enfermagem aos indivíduos que realizam colonoscopia, indo ao encontro dos indicadores de qualidade estabelecidos a nível nacional e europeu (DGS, 2014a; Rembacken et al 2012).

Face ao exposto, surge assim o problema que este projeto pretende mitigar, através da adoção de estratégias que possam melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa que realiza colonoscopia, promovendo o seu autocuidado. Indo assim ao encontro da aquisição de competências do enfermeiro especialista de enfermagem médico-cirúrgica no âmbito oncológico, as quais lhe permitem aplicar conhecimentos em diversas áreas de atuação, diferentes contextos de vida dos indivíduos e em todos os níveis de prevenção de doença, tendo um papel preponderante na prevenção e rastreio de doenças oncológicas (DR, 2011). Pretendendo-se assim implementar uma consulta de enfermagem telefónica (CET), orientada por um plano educativo sobre dieta e instruções relativas à preparação intestinal para a colonoscopia em regime de ambulatório, e a aplicação de um instrumento de avaliação do consentimento informado, a satisfação da pessoa com os cuidados prestados, bem como a dor e conforto da pessoa submetida a colonoscopia.

Surge portanto a questão de investigação como ponto de partida sobre a qual nos queremos debruçar, (Fortin, 2003): “Quais são as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado ao indivíduo submetido a colonoscopia de rastreio do CCR, necessárias à realização de uma colonoscopia de qualidade em contexto de ambulatório?”, tendo como base a menomónica PCC: Participantes (P): Adultos; Conceito (C): definir as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na realização de uma colonoscopia de rastreio do CCR de qualidade; Contexto (C): ambulatório.

Dando cumprimento ao plano de estudos da ESEL, e para a implementação do projeto foram realizados estágios em dois locais, tendo como critério de escolha dos mesmos, serem locais de referência no diagnóstico do CCR. O plano de estágios inicial

do projeto considerava três campos de estágio, mas a alteração nos serviços causada pela pandemia, comprometeu um deles.

Os estágios foram realizados no terceiro semestre do curso, entre 14 de dezembro de 2020 a 16 de abril de 2021, com suprimento dos períodos de férias letivas de natal e páscoa, decorrendo o primeiro estágio entre 14 dezembro de 2020 a 29 janeiro 2021, num serviço de endoscopia de um hospital central de Lisboa, e o segundo decorreu entre 1 de fevereiro a 16 abril de 2021, no serviço de exames especiais onde exerço funções de um hospital privado de Lisboa, local de implementação do projeto,.

Para a elaboração deste projeto foi realizada uma análise SWOT, a formulação de objetivos, delineadas estratégias de intervenção, observação e análise, bem como planeadas atividades e resultados das mesmas em cada local de estágio. Para cada estágio foram definidos dois objetivos gerais, um relativo ao projeto pessoal de formação e outro ao projeto institucional de melhorar a intervenção.

A realização deste projeto implicou a realização de um protocolo de revisão scoping (Apêndice I) afim de encontrar a evidência científica que pudesse fundamentar a prática, competência que é descrita como central aos enfermeiros de oncologia, em que devem utilizar a investigação para implementar práticas baseadas na evidência científica (EONS, 2018). A existência de poucos estudos a nível nacional acerca das intervenções de enfermagem para que as colonoscopias realizadas pelas pessoas signifiquem qualidade no rastreio do CCR, faz evidenciar ainda mais a necessidade de investir nesta área, ao contrário do que acontece internacionalmente. No entanto, a nível nacional e europeu existem orientações no que concerne à qualidade dos exames endoscópicos, que foram tidas em conta neste projeto, como as da DGS (2013; 2012a;2014b;2014c; 2014d;2017b), da SPED (2009) e da ESGE (Rembacken et al., 2012; Valori et al, 2012).

A pesquisa em bases de dados científicas foi realizada na EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, com recurso aos termos indexados Medical Subject Headings (MeSH): colonoscopy, colonoscopy quality, nursing, nurse education, prevention, coloretal neoplasm, retal neoplasm, cancer screening, e dos operadores booleanos AND e OR. Como critérios de inclusão forem selecionados artigos em *full text*

na língua portuguesa e inglesa, com pessoas com ≥ 19 anos, e num limite temporal de 20 anos. Como critérios de exclusão, idade < 19 anos, outras línguas que não as identificadas nos critérios de inclusão, estudos ainda em curso ou de data inferior ao ano 2000. Foram igualmente considerados artigos obtidos através da análise de referências bibliográficas de outros artigos que cumprem os critérios de inclusão, tendo sido considerados para a revisão seis artigos. Os resultados destes artigos foram integrados no enquadramento teórico deste projeto, bem como na metodologia e avaliação das atividades planeadas para o contexto de estágio.

Nos subcapítulos seguintes, serão descritas as atividades realizadas nos dois contextos, tendo em consideração a sua articulação com a evidência científica que sustentou este projeto, condição necessária para melhorar a prática e desenvolver as competências profissionais de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica no âmbito da oncologia e de mestre.

2.2 Estágio num serviço de exames endoscópicos de um centro hospitalar central

O estágio decorreu no período compreendido entre 14 Janeiro de 2020 a 29 Fevereiro de 2021, perfazendo um total de 176 horas de estágio, no serviço de gastroenterologia deste centro hospitalar constituído por três hospitais, cabendo ao serviço onde se realizou o estágio, responder às necessidades da população em exames de diagnóstico e tratamento, com uma grande polivalência de técnicas endoscópicas. Nos últimos anos adquiriu uma maior diferenciação no tratamento endoscópico das neoplasias superficiais do tubo digestivo, sendo um centro de referência neste âmbito, razão da escolha para a realização do estágio.

Para este estágio foi definido o objetivo geral, **desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem oncológica, particularmente dos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia**

de rastreio em regime de ambulatório, que foi desdobrado em dois objetivos específicos, sendo o primeiro, “identificar a dinâmica organizacional e o funcionamento do serviço de gastroenterologia do hospital”.

Este estágio foi orientado por uma enf^a com vinte e sete anos de exercício profissional, especialista em enfermagem médico-cirúrgica, que também é a enf^a chefe do serviço há quatro anos. No primeiro dia de estágio realizei uma reunião, apresentando o meu projeto e os objetivos para o estágio, tendo ficado decidido o horário a realizar, sempre manhãs por ser nelas que há maior atividade e experiências com interesse para o projeto. Apesar do meu interesse, acabou por não ser possível apresentar o projeto formalmente à equipa, sobretudo por constrangimentos decorrentes dos tempos pandémicos que vivíamos. No entanto, o projeto foi muito bem aceite pelos restantes enfermeiros a quem de forma individual fui apresentando o mesmo, e foi de grande interesse para a chefia de enfermagem do serviço. Sobretudo por ter iniciado há pouco tempo uma consulta de enfermagem telefónica que necessitava de melhoria, tal oportunidade foi adequada à aquisição de competências ao nível da rentabilização das oportunidades de aprendizagem (OE, 2019).

O meu acolhimento ao serviço foi realizado pela minha orientadora, apresentando-me à equipa de enfermagem, bem como à restante equipa multidisciplinar. Realizámos também uma visita às instalações físicas do serviço, tendo-me mostrado os equipamentos e materiais utilizados nas técnicas endoscópicas.

A unidade, para além da realização de exames endoscópicos de diagnóstico (endoscopias digestivas altas e colonoscopias), é considerada um centro de referência na dissecação endoscópica da submucosa, uma técnica que permite a excisão de lesões extensas por via endoscópica, evitando a abordagem cirúrgica, realizando ainda outros exames como, CPRE e ultrassonografia transendoscópica. Para além da especialidade gastroenterológica, neste serviço realizam-se também técnicas endoscópicas do foro pneumológico, não sendo nesta área que decorreu o estágio.

Segundo os indicadores descritos para a avaliação da qualidade da estrutura dos serviços (SPED, 2009; Donabedian, 1988), o serviço de exames endoscópicos situa-se

no terceiro piso do edifício das consultas externas, com horário de funcionamento de segunda a sexta das 8h-20h, tendo um maior volume de atividade no período da manhã. É composto por três salas de endoscopia, uma de recobro com sete camas, uma sala para realização de estudos funcionais (manometria e Phmetria esofágica), duas salas de desinfecção de endoscópicos, uma de limpos e outra de sujos, e duas salas destinadas à realização de técnicas de pneumologia, sendo uma para técnicas endoscópicas e outra para técnicas pleurais. Este serviço tem ainda um gabinete de enfermagem para realização dos estudos de sono, tendo uma equipa de enfermagem específica para este efeito. Para além do piso 3, os procedimentos diferenciados, como a CPRE com necessidade de equipamento radiológico, realizam-se nas instalações do piso 0. A localização desta sala, fora do espaço físico do serviço, implica que a equipa de enfermagem e assistentes operacionais se organizem para levarem todo o material necessário à realização dos exames marcados para o dia.

A sala de desinfecção de endoscópios segue as recomendações da DGS (2012b) e SPED (2009), relativamente ao indicador de ter uma área de limpos destinta de sujos, porém, atendendo à distribuição do serviço em dois pisos, não é salvaguardada a indicação dos endoscópios sujos não circularem em zonas de utilização comum. Ainda que transportados em caixas fechadas, como recomendado, estas não são identificadas como contendo material contaminado (DGS, 2012b; SPED, 2009), tendo dado a sugestão como implementação de melhoria, da identificação das caixas de transporte dos endoscópios com sinaléticas “sujos” e “limpos”.

Em termos de recursos humanos, o serviço, possui duas secretárias administrativas, nove médicos especialistas em gastroenterologia, contando ainda com três internos do ano comum e dois a cumprir protocolo de estágio com Angola. Tem ainda, cinco assistentes operacionais e nove enfermeiros, todos licenciados, e com uma enf^a especialista em médico-cirúrgica e uma enf^a com uma pós-graduação em saúde tropical, que realiza ações de voluntariado fora do país com regularidade. Das nove enfermeiras, quatro podem ter atingido o nível de perita, definido por Benner (2001, p.58), como uma enfermeira que “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada

situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis”, características tidas pelo enfermeiro perito, as enfermeiras peritas contam com, vinte e cinco, vinte e quatro e dezanove anos de experiência profissional, e dez de exercício em exames endoscópicos. Os restantes não possuem formação académica posterior à licenciatura e a experiência profissional desenvolvida situa-se entre os seis anos e os quatro meses.

No decorrer do estágio, em algumas reuniões pontuais com a enf^a chefe, foi também possível ter contacto com alguma documentação que servia de apoio, aos cuidados e à gestão do serviço, como o: “padrão de documentação de enfermagem”, onde são realizados os registos de enfermagem feitos no acolhimento, intra-exame, no recobro e alta. Tive oportunidade de ver algumas folhas de registos de enfermagem destes momentos já preenchidos, e as auditorias que são realizadas pela enf^a chefe a estes registos, mas sem um referencial de auditoria padronizado. Tem ainda uma “Lista de verificação de segurança” dos exames endoscópicos, “Recomendações para a alta”, e um “Questionário de satisfação do utente”. A enf^a chefe, criou um ficheiro em Excel[®] para gerir os incidentes críticos com os aparelhos endoscópicos, tendo por indicadores: data de aquisição, número de avarias e respetivas reparações.

Numa reunião com a enf^a chefe, questionei sobre os indicadores de qualidade que avaliam no serviço, não tendo tido nenhuma resposta clara sobre este assunto, nem permitido o acesso à documentação com esta informação, parecendo-me que a unidade, se os avalia, não os faz de forma sistemática, ou então debate-se com falta de tempo para o seu tratamento.

Posso no entanto dizer, sobre os padrões de qualidade estabelecidos pela ESGE (Rembacken et al, 2012), e nomeadamente sobre os três indicadores que servem de base à implementação deste projeto e que visam a melhoria da qualidade de uma colonoscopia que, relativamente ao indicador da “preparação intestinal” esta monitorização não é realizada pela equipa de enfermagem do serviço, mas pelo corpo clínico, não tendo tido acesso a resultados desse indicador, e segundo a enf^a chefe, até à data esses dados não foram partilhados com a equipa de enfermagem. Existe, no

entanto, uma consulta de enfermagem telefónica pré-exame, tema que será abordado mais à frente, em que um dos objetivos é melhorar a qualidade da preparação intestinal. Em relação à “obtenção de consentimento informado aos indivíduos submetidos a colonoscopia”, o serviço possui dois panfletos, que são entregues à pessoa que irá realizar colonoscopia, um com informações sobre o procedimento da colonoscopia e outro com informações sobre a preparação intestinal necessária para realizar a colonoscopia. Os panfletos de apoio à educação da pessoa que realiza colonoscopia, cumprem as recomendações para a obtenção de consentimento estabelecidas, uma vez que dizem, o que é a colonoscopia, para que serve, quais os benefícios e riscos inerentes ao procedimento, bem como a preparação que é necessária realizar. No entanto, estes são entregues pelo secretariado do serviço, presencialmente na marcação do exame, ou enviado via e-mail, ou por carta para a morada da pessoa. Em relação à obtenção do consentimento informado escrito, este também é assinado junto da secretária administrativa, ato que não é da sua responsabilidade, nem é esta a detentora da informação necessária a prestar à pessoa para a obtenção de um consentimento que se pretende ser livre e esclarecido tal como referido no parecer nº21 emitido pela OE sobre este assunto (OE, 2001b). Assim, não é cumprido um dos pressupostos éticos inerente à obtenção de consentimento informado, que refere, o dever de ser obtido pelo profissional que prescreve ou executa o exame (DGS, 2013). Por outro lado, não é avaliado pelo serviço o número de exames cancelados no próprio dia, que deve ser inferior a 5%, nem durante o exame, que deve ser inferior a 1% (Rembacken et al, 2012).

Com estas atividades foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista em “Garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, nomeadamente no que confere à demonstração de conhecimentos avançados sobre as áreas da qualidade dos cuidados (OE,2019).

Durante o estágio foi possível, o contacto com pessoas que realizaram exames endoscópicos, tendo observado cerca de 27 exames: 8 CPRE, 12 colonoscopias, 5 endoscopias digestivas altas, e 2 ecoendoscopias, distribuídos pelos dois pisos do

serviço, o que me permitiu compreender melhor o circuito da pessoa que realiza exames no serviço. Também no decorrer desta atividade de observação não houve evidência das intervenções de enfermagem da validação do esclarecimento do consentimento, bem como de dúvidas ou questões relativas ao exame a realizar, não existindo a garantia de que a pessoa antes da realização do exame era detentora da informação sobre a natureza, finalidade, riscos e benefícios do procedimento, não existindo assim garantia do direito à informação que deve ser salvaguardado pelos enfermeiros (OE, 2011; DGS, 2013).

O serviço só tem recursos para um turno com apoio anestésico por dia, o que perfaz cinco turnos por semana, sendo que, três desses turnos são para realização de exames diferenciados como a CPRE, restando apenas dois turnos para a realização de endoscopias digestivas altas e colonoscopias com acampamento por anestesista. Assim, e apesar da recomendação da DGS (2014b), o serviço, adaptando-se ao número reduzido de turnos com apoio anestésico, realiza a maioria das colonoscopias sob sedação com midazolam feita pelo gastroenterologista. Apesar de não ser a sedação recomendada a nível nacional (DGS, 2014b), é uma realidade em muitos países europeus, sendo inclusivamente mais segura, por ter menos riscos cardiorrespiratórios (Rex et al, 2017). A sedação permite uma maior tolerância da pessoa que realiza colonoscopia ao exame, proporcionando-lhe um maior conforto e menos dor, implicando, no entanto, uma avaliação adequada da pessoa antes deste procedimento (Valori et al, 2012), e que não existe de modo sistemático neste serviço.

Assim, no que confere ao indicador de qualidade “sedação, dor e conforto” estabelecido pela ESGE (Rembacken et al., 2012), este compreende a avaliação da sedação através de doses médias de fármacos utilizados, bem como a avaliação do conforto da pessoa. No serviço, é realizada a avaliação da dor, através de escala numérica (0-10), durante e após o exame, uma vez que todas as pessoas que realizam sedação, quer por anestesista ou sedação feita pelo gastroenterologista, permanecem na sala de recobro por 45 minutos. A avaliação deste indicador é de extrema relevância no serviço, uma vez que realizam maioritariamente exames sem apoio anestésico, tornando-

se crucial salvaguardar, o controlo da dor e do desconforto à pessoa que realiza colonoscopia. Por outro lado a equipa de enfermagem do serviço, adota estratégias de controlo da dor durante o exame, como: proporcionar um ambiente calmo, a distração através da conversa com a pessoa, a mudança de posição durante o exame, a palpação abdominal, bem como a sugestão à pessoa para a libertação do ar que é introduzido durante o exame, evitando a distensão abdominal (Ylinen, 2010). Não sendo feito o tratamento atempado destes dados, não foi possível conhecer os valores deste indicador, nem a eficácia da sedação realizada, ou do impacto das medidas implementadas para reduzir a dor. Por outro lado, o indicador “avaliação da sedação dor e conforto” da pessoa que realiza colonoscopia também não é avaliado pelo serviço.

A análise crítica na prática de enfermagem, realizada neste serviço permitiu-me desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito do “Desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, através da avaliação de indicadores de qualidade do serviço, bem como o desenvolvimento de práticas de qualidade, funções que são tidas como cruciais a um enfermeiro especialista (OE, 2019).

A direção de enfermagem, através das chefias dos serviços, estabeleceu planos de ação com objetivos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e respetivas estratégias para dois anos. Na altura em que decorreu o estágio, encontrava-se em avaliação o plano de ação do biénio 2019 a 2020, tendo tido conhecimento de que para o serviço onde estagiei, se planearam as estratégias de: implementação de registos informatizados; monitorização da avaliação da dor aos utentes submetidos a exames endoscópicos; obtenção de 85% de satisfação dos utentes, obtido através de um questionário de satisfação entregue no momento da alta. Esta informação indica haver indicadores de qualidade que o serviço não avalia sistematicamente.

Este questionário de satisfação que é entregue no momento da alta pelos enfermeiros a todas as pessoas submetidas a exames endoscópicos com a indicação de após o seu preenchimento ser colocado em diversas caixas distribuídas pelo hospital, para o efeito, orienta-se pelos padrões de qualidade estabelecidos pela SPED (2019),

pois inclui questões relativas ao: “intervalo de tempo entre a marcação e a realização do exame”, e ao “tempo de espera na sala antes do exame”, mas não questionando sobre a repetição de exame com o mesmo médico, e na mesma instituição, igualmente exigidas (SPED, 2019). O questionário tem sete questões que avaliam para todos os profissionais da equipa multidisciplinar, profissionais de saúde ou não, incluindo os enf^{os}, referindo-se mais a aspetos das atitudes e não da parte científica e técnica da competência profissional, não existindo distinção entre os diversos profissionais do serviço. Em relação à opinião sobre a equipa de enfermagem, o mesmo questionário inclui questões, que se prendem com “a atenção e disponibilidade no atendimento”, “informação sobre os cuidados de enfermagem”, “à amabilidade, à privacidade no atendimento e à apresentação (fardamento e identificação)”. Estas questões não são pertinentes para a elaboração de planos de melhoria de algumas dimensões dos cuidados de enfermagem, devendo por isso incluir questões que, por exemplo, identificassem a intervenção e controlo da dor e do conforto durante e após o exame. Os dados obtidos por este questionário de satisfação, não são tratados pela equipa de enfermagem, e a enf^a chefe informou-me que ainda não tem acesso aos mesmos.

Com o intuito de cumprir o plano de ação definido, no que confere aos registos de enfermagem, o serviço encontrava-se desde novembro de 2019, um ano antes do meu estágio, numa fase de transição para registos informatizados no programa DocBase®, realizando-se simultaneamente registos em papel. Este facto, criava constrangimentos na equipa, uma vez que os enfermeiros se sentiam sobrecarregados com registos, descurando muitas vezes o registo informático no programa correspondente, uma vez que o registo oficial ainda continuava a ser o papel. Este facto foi mencionado por mim à enf^a chefe, que no decorrer do estágio definiu uma data limite para o término dos registos em papel.

O acesso ao serviço para a realização de colonoscopia implica uma requisição médica que tem de ser interna, implicando que todos os doentes com uma requisição externa realizem uma consulta de gastroenterologia no hospital. O primeiro contacto da pessoa com a unidade é através dos documentos entregues com a preparação intestinal,

quer presencialmente através do secretariado ou via e-mail. No dia do exame dirigem-se à receção do piso 3 onde realizam a sua admissão para o exame junto do secretariado onde lhe é disponibilizada o modelo escrito do consentimento informado para assinar. Posteriormente a pessoa é chamada para o recobro por uma assistente operacional, e onde é realizada a colheita de dados pré-exame no documento “Padrão de documentação de enfermagem”, pelo enfermeiro de recobro. Sendo depois, encaminhada pela assistente operacional para uma das unidades da sala de recobro, onde se irá despir e colocar os seus objetos pessoais. Depois de deitado, uma enf^a coloca um acesso venoso periférico com soroterapia em curso que permitirá a realização do exame com anestesia ou sedação. No momento da realização do seu exame, é transferida para a sala de exames com o enfermeiro que o irá acompanhar na colonoscopia. Após o exame, regressa ao recobro onde permanece cerca de uma hora, fazendo-se a monitorização dos sinais vitais e da dor. Tem alta acompanhada, antecedida pela realização de ensinios e informações sobre sinais de alerta, complementadas pela informação escrita no panfleto, “Recomendações para a alta”. É igualmente entregue o “Questionário de satisfação do utente”.

Na quinta semana de estágio, encontrava-se agendada uma reunião com a responsável do programa informático DocBase[®]. Por sugestão da enf^a chefe, foi solicitada a minha participação nessa reunião, não só como observadora, mas como participante, tendo dado sugestões de melhoria para a área da consulta de enfermagem telefónica: foi sugerido que os dados preenchidos no momento da consulta de enfermagem telefónica, fossem transpostos para os do dia do exame, evitando novamente a colheita de dados realizada no dia do exame, bem como o acesso à informação da consulta realizada, promovendo a continuidade dos cuidados prestados, da consulta até à alta. Foi indicado que os ensinios de enfermagem realizados e registados no momento da alta, pudessem ser impressos substituindo o atual documento em papel “recomendações para a alta”. Recomendei a implementação de um automatismo que permitisse que as consultas aparecessem agendadas automaticamente para os enfermeiros sete dias antes da realização do exame, facilitando

a visualização no perfil do enfermeiro das consultas a realizar diariamente, evitando consultas não realizadas ou repetidas. Estas sugestões tiveram como base, as observações das semanas anteriores, bem como as dificuldades apontadas pelos enf^{os} com quem tinha estado na execução das consultas, todas elas foram, amplamente aceites pelas enf^a chefe e enf^a perita responsável pela implementação da consulta de enfermagem telefónica, adquirindo assim competências na identificação de oportunidades de melhoria, bem como no estabelecimento das prioridades face a essas melhorias (OE, 2019).

O segundo objetivo foi “identificar as intervenções de enfermagem à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio em regime de ambulatório”, e para o concretizar realizei a identificação das atividades desempenhadas pela equipa de enfermagem, algumas já relatadas, tendo verificado que é um serviço que possui uma lista de espera superior a seis meses, estando consciente de que é primordial otimizar todas as vagas disponíveis, sobretudo as deixadas pelas desmarcações e desistências. Surgiu assim a necessidade de implementar no serviço, em outubro de 2019, uma consulta de enfermagem telefónica pré-exame, atribuída inicialmente a uma enf^a perita do serviço, com mais de vinte anos de exercício profissional, e dez em gastroenterologia, com o objetivo de evitar as desmarcações de exames decorrentes da falta da preparação intestinal, e reduzir as remarcações dos mesmos por preparações deficientes, e evitar desistências.

Para a implementação desta consulta de enfermagem telefónica pré-exame, foi necessário apresentar à diretora de enfermagem do hospital uma fundamentação teórica destas consultas de enfermagem, antecipando os resultados para os utentes, enfermagem e instituição, à qual não tive acesso. Este documento foi feito pela enf^a perita e apreciado e aprovado pela Enf^a Diretora. Só após o seu parecer positivo, se deu início à elaboração do procedimento desta consulta e à formação da equipa de enfermagem cujos recursos necessários foram, entretanto, calculados. Foi ainda necessário informar as secretárias administrativas envolvidas no agendamento e a equipa médica.

Para a implementação da consulta de enfermagem telefónica pré-exame foi criado um procedimento, chamado “*Guia para a consulta de enfermagem*”. Estes documentos são essencialmente para a sistematização da intervenção de qualquer enfermeiro que realize a consulta de enfermagem telefónica (Gardner et al, 2001). É possível consultá-lo num dossier existente no serviço, e está estruturado com os seguintes itens: definição do objetivo da consulta, indicação da população a quem se dirige, informação da calendarização da consulta, recolha dos dados do processo pela enf^a antes de fazer a ligação telefónica. O instrumento de colheita de dados orientador da entrevista feita pela enf^a, e o plano de ensinos a serem falados com a pessoa. Encontra-se anexado a este guia um protocolo de suspensão de medicação anti-coagulante e anti-agregante, que foi apreciado pela Enf^a Diretora do hospital, e aprovado pela Diretora clínica. Estes documentos não foram ainda alvo de nenhuma atualização.

Esta consulta tem como população pessoas submetidas a exames endoscópicos gastroenterológicos, estando excluídos os doentes internados, os submetidos a consultas de proctologia e os que realizem exames por videocápsula endoscópica. Inicialmente foi estabelecido que a consulta seria realizada com dez dias de antecedência da data marcada para o exame, no entanto, a equipa de enfermagem considerou, após algum tempo de experiência de consultas que esse período era demasiado extenso, tendo sido retificado para sete dias, que ainda hoje se mantém. Apesar de haver concordância de que a intervenção de enfermagem prévia ao exame condiciona positivamente a adesão e a qualidade da colonoscopia, em relação à antecedência com que esta deve ser feita não existe consenso, uma vez que, tanto as intervenções de enfermagem presenciais com uma semana de antecedência (Yee et al 2015), como as consultas telefónicas feitas no dia anterior ao exame (Liu et al, 2014) parecem ter resultados na melhoria da qualidade da colonoscopia realizada.

O procedimento instituído no guia considera haver dados a recolher pelo enfermeiro antes de fazer a ligação telefónica sendo estes, a verificação dos exames marcados para o dia e a impressão da listagem para anexar a um dossier existente com os respetivos dias do mês onde constam as requisições médicas para os exames. Os

antecedentes pessoais, cirúrgicos e médicos bem como a medicação habitual, é obtida pela consulta do processo clínico no programa SClinico®. A informação recolhida é registada no impresso “*Padrão de documentação de enfermagem*” que servirá de suporte aos registos de enfermagem em papel realizados no dia do exame. Este instrumento de colheita de dados é composto por: uma etiqueta de identificação da pessoa, data de realização do exame, o tipo de exame a realizar, *check-list* de acolhimento (identificação do doente, exames complementares, jejum, ausência de próteses, acompanhante, e ausência de adornos), um campo para registos dos antecedentes pessoais da pessoa, e a hora do acolhimento.

As consultas são realizadas por qualquer um dos enfermeiros da equipa, existindo sempre que possível, um enfermeiro destacado para esta função na distribuição do plano de enfermagem diário. No entanto, não existe um gabinete destinado à consulta de enfermagem telefónica pelo que requer uma procura diária do espaço pelos enfermeiros com esta função, sendo a maioria das consultas realizadas no período da manhã, numa sala denominada de “ecografia”, onde existem dois computadores de uso diverso e um telefone. Esta sala é também utilizada para outras atividades simultâneas, havendo sempre pessoas em circulação ou utilizando o segundo computador, o que por vezes dificultava a comunicação do enfermeiro com a pessoa. De facto, a comunicação não presencial pode potenciar diversas dificuldades da comunicação enfermeiro-pessoa, como o ruído do ambiente, a qualidade do telefone, a capacidade auditiva e a percepção do que se diz, daí que seja importante assegurar um ambiente sem interferências durante a realização destas consultas (Martins, 2010). Por outro lado, a realização destas consultas de enfermagem em lugares partilhados, não permite a garantia da reserva da vida privada das pessoas, nem o dever de garantir a privacidade, e sigilo, ao serem expostos dados de saúde pessoal num ambiente com terceiras pessoas presentes (OE, 2015c).

A análise desta prática profissional permitiu-me adquirir competências no que confere à promoção e proteção dos direitos humanos sobretudo na salvaguarda da

confidencialidade e segurança da informação oral e pelo direito da pessoa à sua privacidade (OE,2019).

Para a observação das consultas no decorrer do estágio, foi elaborada uma *“Grelha de observação das consultas de enfermagem telefónicas”* (Apêndice II), autorizada pela enf^a chefe e pelas cinco enfermeiras do serviço que observei, todas elas enfermeiras generalistas, e duas delas há menos de 4 meses no serviço. No período de estágio foram observadas 105 consultas, sendo que 26% foram feitas pela mesma enf^a. Em termos de população, a média de idades foi de 68 anos, sendo que 50,5% eram do sexo masculino, 74,3% dos sujeitos fizeram colonoscopias totais, 4,7% fizeram endoscopias digestivas altas e 21,0% ambos os exames. Das consultas observadas, 77,1% dos exames estavam agendados sem apoio anestésico. Os registos das consultas telefónicas observadas, foram transcritos para um ficheiro Excel®, onde foram tratados os dados recolhidos, salvaguardando o anonimato e confidencialidade dos mesmo. Das cinco enfermeiras observadas, três delas estavam pela primeira vez a realizar estas consultas, pelo que se observou uma prática não uniformizada, agravada pela introdução recente de um novo modelo de registo dos dados da consulta, cuja mudança carece de formação a toda a equipa. Apesar de me sentir com competências para a realização da consulta de enfermagem telefónica pré-exame, tal não me foi permitido, pela prioridade dada à formação e desenvolvimento de competências das próprias enfermeiras, pelas razões apresentadas.

No momento da realização da consulta de enfermagem telefónica pré-exame, o enfermeiro apresenta-se e informa sobre o objetivo da consulta, confirma a identidade da pessoa ou da pessoa de referência e a sua presença no dia e hora da marcação do exame, validando igualmente a informação consultada no processo clínico. Durante a consulta telefónica de enfermagem pré-exame, é facultada à pessoa a informação sobre o tipo de sedação que será realizada, e lembrada a necessidade de acompanhante e de permanecer acompanhado após a realização do exame, bem como a impossibilidade de conduzir e trabalhar 24 horas após a realização do mesmo (DGS, 2014b). É lembrada a necessidade de trazer no dia os exames complementares de diagnósticos recentes

(preferencialmente com um período inferior a seis meses), como sejam o ECG e análises (hemograma e tempo de protrombina), como descrito na norma da DGS (2014b). É mencionado o período de jejum de seis horas necessário para a realização do exame.

No caso do exame a realizar ser a colonoscopia total, é confirmado se recebeu as informações sobre a preparação para o exame. Atualmente a preparação intestinal instituída no serviço é o Plenvu®, uma preparação à base de polietilenoglicol. Não realizam preparações com dose dividida, o que já demonstrou ser uma prática que melhora a qualidade da preparação intestinal (Hassan et al, 2019), mas existem diferentes horários da ingestão da preparação consoante a realização do exame, é feita no período da manhã ou de tarde, assim, às pessoas que realizam os exames de manhã, é dito para iniciarem a toma na véspera às 19h e fazerem a segunda toma às 22h, e às pessoas que realizam os exames de tarde, iniciam da toma na véspera às 20h, e a segunda no dia do exame às 7h, não existindo adequação da hora da preparação com a hora do exame. Não seguem a recomendação de que esta preparação deveria terminar duas horas antes do início dos exames, nem que deveria ser feita a totalidade no próprio dia para os exames à tarde (Hassan et al, 2019).

Paralelamente à informação que consta da documentação facultada à pessoa “Preparação intestinal para colonoscopia com Plenvu®”, na consulta de enfermagem telefónica, são realizados ensinamentos sobre a preparação intestinal, fornecendo assim não só, informações escritas como orais (Valori et al, 2012), nomeadamente a dieta necessária nos três dias antecedentes ao exame. As indicações dadas são para realizar uma dieta ligeira, sem molhos e sem gorduras, bem como, não ingerirem frutas, frutos secos, legumes, saladas, sopa, feijão, grão, ervilhas, favas, ou cereais, marmelada e compotas, e optarem por uma dieta à base de peixe ou carne grelhados ou cozidos, acompanhados de batata, massa ou arroz, fazendo na véspera uma dieta ligeira sem lactose, sendo que após o almoço só devem ingerir líquidos transparentes ou gelatina (de cor não vermelha). Apesar de dietas restritivas nos três dias antecedentes à colonoscopia serem uma prática comum nos serviços de endoscopia, a sua adesão é baixa, para além de que a evidência não indica que uma dieta pobre em resíduos na

véspera do exame, em comparação a uma dieta líquida, tenha interferência na qualidade da preparação intestinal, aumentando porém, a satisfação da pessoa que realiza a colonoscopia, e a predisposição para a repetição do exame (Hassan et al, 2019). Durante a realização da consulta telefónica, os enfermeiros reforçam a importância de beber a totalidade da preparação, devendo cumprir as horas preconizadas para as tomas, dois aspetos que têm forte influência na qualidade da preparação intestinal (Liu et al, 2013).

Durante o estágio surgiu a oportunidade de fazer uma atividade não planeada, que foi atualizar com evidência científica o “Guia da consulta de enfermagem telefónica pré-exame”, esta atualização pode ser consultada em apêndice (Apêndice III), foi revisto pela enf^a orientadora deste estágio, e seguiu para aprovação da Direção de Enfermagem. Foi também criado um *“Quadro de Registo do tempo das consultas de enfermagem telefónicas”* em EXCEL® (Apêndice IV), para registo do tempo gasto por consulta e posterior cálculo do tempo total gasto por mês, é igualmente possível visualizar as consultas realizadas por todos os elementos da equipa, evitando repetição de consultas, ou consultas não realizadas. Este ficheiro torna assim possível avaliar os indicadores “tempo mensal gasto em CET” e o “tempo médio gasto em cada CET”.

A realização desta atividade permitiu-me desenvolver as competências de enfermeiro especialista em que “o Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”, através da realização de atividades na área da qualidade, e na realização de protocolos que fomentem a qualidade dos cuidados prestados (OE,2019), bem como de Mestre uma vez que os documentos elaborados foram baseados na evidência científica, contribuindo assim para uma prática baseada na evidência.

Uma outra atividade realizada sobre os cuidados de enfermagem prestados nestas CET deu origem a uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs de uma interação enfermeiro – cliente, onde foram realizadas intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia (Apêndice V). A situação selecionada, na segunda semana de estágio, recaiu sobre a falta de apoio anestésico nos exames realizados, uma

vez que a realização de colonoscopia sem sedação é tida como uma experiência dolorosa para o paciente, aumentando os seus níveis de ansiedade relativamente ao exame (Chung et al, 2007). Esta atividade permitiu-me desenvolver as competências na aquisição de autoconhecimento (OE, 2019), do perfil de competências do enfermeiro especialista.

No decorrer do estágio surgiu a necessidade de conhecer a opinião e o conhecimento dos enfermeiros relativamente à consulta de enfermagem telefónica, pelo que elaborei um questionário para fazer essa sondagem à equipa (Apêndice VI). Este questionário foi autorizado pela enf^a chefe do serviço, sendo dispensada a comissão ética. O questionário tem cinco campos: o primeiro sobre dados socio-demográficos, o segundo sobre o rastreio do cancro colo retal, com o objetivo de entender se a necessidade de intervenção neste tipo de cancro é perceptível para os enfermeiros que exercem funções nesta área, bem como se a intervenção de enfermagem é entendida como crucial no rastreio CCR, o terceiro sobre a consulta de enfermagem de preparação para a colonoscopia, o quarto sobre as consultas de enfermagem telefónicas, e por fim o quinto sobre indicadores de qualidade.

A taxa de respostas ao questionário pelo serviço foi de 100,0% (9), correspondente, com uma média de idades de 43,7 anos, tendo a maioria 77,8% (7) apenas licenciatura, 11,1% (1), possui uma especialidade em enfermagem, e 11,1% (1), uma pós-graduação, todos os enf^{os} a exercem funções há mais de cinco anos. Em 77,8%, exercem funções há mais de quatro anos num serviço de exames de gastroenterologia. A totalidade dos enfermeiros inquiridos considera que o rastreio do CCR “carece de uma maior intervenção”, e sete enfermeiros (77,8%) consideram que a intervenção de enfermagem tem um papel ativo no rastreio do CCR, através de: “Alerta da prevenção CCR, aumento da taxa de eficácia da preparação”, “Esclarecimento/motivação para aderir a programa de rastreio”, “Alerta a população dos comportamentos e hábitos de vida a adotar para a prevenção da doença.”. O total dos enfermeiros considera a consulta de enfermagem pré-colonosopia necessária, e que a finalidade desta se deve à “realização de ensinamentos promotores de uma preparação intestinal de

qualidade”, mas também “Providenciar a suspensão de medicação” (61,5%), “Fornecer informações sobre acompanhante” (53,8%), e 53,8% dos enfermeiros ainda selecionou a opção “outra”, descrevendo “esclarecimento de dúvidas”. Mais de metade dos enfermeiros (66,7%) refere que a consulta deveria ser presencial. A totalidade dos inquiridos realiza consulta de enfermagem telefónica, referindo que esta apresenta objetivos específicos, com respostas como: “orientar o utente de modo a evitar uma reprogramação do exame complementar de diagnóstico”, “otimizar a preparação intestinal e a suspensão de terapeuta necessária”, “promover a segurança e qualidade de cuidados ao doente”, “melhorar as condições de realização da colonoscopia”. No que diz respeito às dificuldades na realização da consulta de enfermagem telefónica, são, a “comunicação com os utentes”, a “falta de interação com o doente”, bem como a “idade avançada da pessoa”, mas também são referidos pontos negativos estruturais como “o ambiente físico”, e “não ter um espaço físico destinado a este fim”. Também, 88,9% (8) dos enfermeiros considera sentir necessário fazer formação relativamente à realização de consulta telefónica, 33,3% (3) considera que o guião relativo ao procedimento existente no serviço, não está adequado à consulta de enfermagem telefónica. Também 33,3% (3) dos enfermeiros considera a consulta de enfermagem telefónica como uma sobrecarga das suas funções, reportando os “escassos recursos humanos existentes” no serviço para a realização da mesma, tornando-se crucial a sensibilização dos enfermeiros para a pertinência e importância da consulta para as melhorias imputadas às pessoas a quem prestam cuidados. Por último no quinto campo, 44,4% (4) dos enfermeiros “não conhecem os indicadores de qualidade estabelecidos no seu serviço”, e 66,7% (6) considera que o seu serviço “não possui uma estratégia para a melhoria da qualidade da preparação intestinal”, revelando desconhecimento dos objetivos da consulta existente no seu serviço. Todos os enfermeiros referem que a preparação intestinal é avaliada no seu serviço, dois deles referem “que é o médico que avalia”, e os restantes indicam a escala BBPS para a sua avaliação. Também 100,0% dos inquiridos garantem que o utente se encontra devidamente esclarecido relativamente ao exame que vai realizar, pois garantem “que o exame é realizado com segurança e que o utente está convicto do

que vai fazer”, estabelecem “ diálogo com o doente aferindo qual o grau de esclarecimento que têm”, e “ perguntando em vários momentos se o doente tem dúvidas.”, havendo apenas um enfermeiro que faz referência à validação do consentimento informado “questionando o mesmo antes do procedimento /assinatura no consentimento”.

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências de enfermeiro especialista de avaliação da qualidade das práticas clínicas, com recurso ao uso da evidência científica (OE, 2019), mas também de identificar oportunidades de melhoria e realizar guias orientadores de boas práticas (OE, 2019), competências descritas no regulamento do enfermeiro especialista, e igualmente definidas pela EONS (2018), que descrevem que o enfermeiro planeia, implementa e avalia programas de melhoria de qualidade.

2.3 Estágio num serviço de exames especiais de um hospital privado

O último estágio decorreu de 1 fevereiro a 16 abril de 2021, um total de 241 horas, foi realizado na unidade de exames especiais (ExE), onde foi desenvolvido o projeto. Esta unidade faz parte da rede de cuidados oncológicos desse hospital privado, que tem como objetivo primordial o de fornecer cuidados integrados, especializados, e humanizados, centrados na pessoa e sua família durante todo o seu percurso de saúde e doença, de modo à obtenção de resultados para o bem-estar físico, mental e social da pessoa e da sua família. As diferentes unidades da rede encontram-se interligadas, o que permite disponibilizar uma oferta completa e multidisciplinar tanto na prevenção, como no diagnóstico e tratamento do cancro, e investindo na inovação, investigação e formação.

É uma unidade de rastreio do CCR principalmente focada na deteção precoce e tratamento eficaz de tumores do cólon e reto, estando dotada de uma equipa multidisciplinar especializada neste tipo de situações, e realizando diariamente várias colonoscopias.

Para este estágio foi delineado o seguinte objetivo geral: **Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de oncologia integrando intervenções de enfermagem que contribua para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio em regime de ambulatório, nomeadamente uma consulta de enfermagem telefónica antecedente ao exame e a obtenção de indicadores de avaliação da satisfação, dor e conforto.** No sentido de dar resposta ao objetivo geral foram definidos três objetivos específicos. Sendo o primeiro **“implementar uma consulta de enfermagem telefónica à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio em regime de ambulatório”**.

O estágio foi iniciado com uma reunião com a enf^a orientadora, que é também chefe do serviço, uma enf^a especialista com trinta anos de exercício profissional em oncologia com uma especialidade em enfermagem no mesmo âmbito, e que para além da gestão dos ExE, tem a seu cargo a unidade de hemato-oncologia, unidade da mama e da equipa intra-hospitalar da unidade de cuidados paliativos. Esta reunião teve três pontos na sua agenda, o primeiro foi apresentar os objetivos do estágio, e as atividades a realizar, tendo sido fundamentada a necessidade de realização de um guião para a consulta de enfermagem telefónica de suporte à consulta da enfermagem telefónica e estabelecido um quadro de perito para a sua apreciação, bem como a lista de recursos materiais necessários. O segundo, foi o interesse na divulgação dos dados colhidos destas consultas de enfermagem, pelo que foi decidido pedir autorização à Comissão de Ética em Saúde. O terceiro, o agendamento de uma reunião em serviço para a apresentação do projeto à equipa de enfermagem.

Assim, foi realizada a primeira atividade para cumprimento deste objetivo que foi terminar o “Guião da consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia”. É uma consulta de enfermagem não presencial pois “ocorre sem a presença física do utente, sendo o contacto estabelecido através de outros meios” (OE, 2021b, p.11), no caso, o telefone. Considera-se ser uma intervenção autónoma que visa dar resposta às necessidades dos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde e

prevenção da doença, sendo a sua criação da responsabilidade dos enfermeiros e carecendo de toda a equipa envolvida (OE, 2021b). As realizações de consultas de enfermagem telefónicas requerem a existência de um procedimento onde devem estar contemplados os critérios e normas para a realização da mesma (OE, 2021a). Também Gardner et al (2021) referem que os guias de orientação da intervenção de enfermagem por meio de telefone, são de extrema importância na sistematização e homogeneidade da prática destas consultas. Assim o guia elaborado teve cinco versões até à aprovação final, dentro do grupo de peritos de três enfermeiros definidos na primeira reunião, constituído por: uma enf^a especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área oncológica, um enf^o com vinte e sete anos de exercício profissional, vinte e cinco deles na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas que realizam exames endoscópicos, e por uma enf^a com vinte anos de exercício profissional, sendo catorze deles na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas que realizam exames endoscópicos. Esta validação pela equipa de peritos foi realizada em três fases, a primeira com duração de uma hora, onde foi apresentada a primeira versão do guia, uma segunda em que por e-mail todos os peritos enviaram as suas sugestões, integradas em nova versão, depois também avaliada pelos peritos tendo-se chegado à quarta versão do guia. Por fim a terceira fase, foi realizada uma reunião presencial de uma hora só com a enf^a chefe do serviço, onde se entregou a quinta e última versão do guião, enviado por e-mail à mesma, e que teve a sua aprovação final. A quinta versão do “*Guião da consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia*”, pode ser consultada em apêndice (Apêndice VI). Este guia foi também aprovado pela Direção de Enfermagem do respetivo hospital, que deu o seu parecer favorável a 1 de Março de 2021 (Anexo II).

A primeira fase do guião contempla inicialmente a obtenção de consentimento informado, onde é explicitado o objetivo da consulta de enfermagem telefónica, e esclarecido de que pode revogar ou desistir da consulta em qualquer momento se assim o entender. Ainda que o recomendado pela OE (2021) seja a existência de um consentimento escrito, atendendo a que se trata de uma consulta não presencial, foi realizado um pedido de consentimento oral, salvaguardando assim o princípio ético da

autonomia. Este guião tem um item para os dados sociodemográficos, como: a idade, o nível de escolaridade, e hábitos intestinais, com o objetivo de individualizar os cuidados prestados (Andrade et al, 2017). Outro item sobre o tipo de exame a realizar, confirmar se o exame é ou não com apoio anestésico, registar o motivo do exame, confirmar que recebeu as informações sobre a preparação do exame, bem como o consentimento informado, questionar se é a primeira vez que realiza colonoscopia, e confirmar o tipo de preparação intestinal. O terceiro item prende-se com a avaliação e gestão da informação que a pessoa tem sobre a alimentação pré-exame. O quarto item refere-se às instruções concretas sobre a preparação intestinal com Plenvu®. Termina com as Recomendações sobre o acompanhamento para o domicílio, os antecedentes pessoais e cirúrgicos, alergias, verificar a toma de anticoagulantes e antiagregantes e a sua indicação para suspensão, confirmar se é portador das análises e exames exigidos, e o esclarecimento de dúvidas adicionais e disponibilização do contacto telefónico do serviço.

Para a realização das consultas eram igualmente necessários recursos materiais, que cabe às instituições garantirem o acesso a equipamentos adequados, bem como a formação necessária à sua utilização (OE, 2021b). Para a implementação da consulta, foram solicitados um computador e um telefone, que não chegaram no decorrer do estágio, tendo essa necessidade sido ultrapassada com recurso a diversos computadores disponíveis no serviço, junto dos quais existia um telefone.

Uma vez que este projeto tem dois momentos de colheita de dados, foi elaborado um *“Formulário de satisfação pós-colonosopia”* (Apêndice VII), que foi igualmente alvo de apreciação pelo grupo de peritos e pela chefia do serviço, bem como pela Direção de Enfermagem, tendo tido aprovação a 1 de março 2021 (Anexo I).

Este formulário é constituído por cinco campos. O primeiro que corresponde aos dados sociodemográficos do inquirido, o segundo sobre a preparação intestinal, o terceiro sobre a consulta de enfermagem telefónica, o quarto sobre a sedação, dor e conforto, e o quinto sobre o consentimento informado.

Estas atividades permitiram-me o desenvolvimento de competências na elaboração de guias orientadores de boas práticas, com base na evidência científica, e

na implementação de programas de melhoria de qualidade nos cuidados a prestar às pessoas que realizam uma colonoscopia de rastreio (OE, 2019).

Outra atividade definida na primeira reunião, prendeu-se com a divulgação de dados colhidos nas CET. Assim foi solicitada autorização à Comissão de Ética em Saúde do hospital, tendo sido enviado um e-mail com o projeto de estágio (realizado na disciplina de Opção II), e uma carta formal dirigida ao presidente da Comissão de Ética do hospital, o guia da consulta de enfermagem telefónica (Apêndice VI), e o formulário de satisfação (Apêndice VII), com os respetivos documentos de dados em Google forms®. O parecer foi favorável (Anexo II), tendo sido salvaguardados os princípios éticos e legais, cumprindo o direito do doente à privacidade, ao anonimato e à confidencialidade, assim como a autonomia, respeitando a sua escolha livre de participar ou não no estudo.

Estas atividades permitiram-me desenvolver competências de enfermeiro especialista na “garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, no que confere à garantia da confidencialidade da informação oral e escrita adquirida no decorrer das CET, bem como o respeito pelo direito à privacidade da pessoa (OE, 2019).

Ainda decorrente deste objetivo foi realizada outra atividade que se prendeu com os registos desta nova consulta, pois o registo das informações, obtidas e transmitidas numa interação via telefónica, é de carácter obrigatório (OE, 2009). Com o objetivo de realizar registos de enfermagem referentes à consulta de enfermagem telefónica, tive uma reunião com a minha orientadora, de cerca de uma hora, sobre a melhor estratégia para a realização desse registo, após a qual ficou definido que, estes deveriam ser realizados informaticamente no programa utilizado pelo hospital para registos de enfermagem e médicos, que é a Glint®. Assim, após esta reunião contactei diretamente a responsável pela direção dos sistemas de informação do hospital, via e-mail, explicitando que decorrente da implementação de uma consulta de enfermagem telefónica no serviço de ExE, seria necessário registar os dados deste novo serviço no sistema informático. No final dessa semana, obtive uma resposta por e-mail com as possibilidades já existentes no sistema informático, de usar o módulo adaptada, de

“enfermagem em ambulatório”. Em reunião com a minha orientadora, delineámos, os parâmetros necessários para o registo da consulta de enfermagem telefónica, a constar no programa informático, nomeadamente: a admissão informática da pessoa no dia da consulta de enfermagem telefónica, com espaço no “campo de notas de enfermagem”, onde fosse possível registar a ocorrência do telefonema. Estas decisões foram transmitidas por e-mail à diretora dos sistemas de informação, que respondeu pela mesma via, “que as alterações necessárias, careciam de aprovação pela Direção de Produção do hospital”. Durante o estágio, não foi possível obter a aprovação dos registos da consulta de enfermagem telefónica no sistema informático, tendo-se usado o Google forms®.

O segundo objetivo deste estágio foi o de **“prestar cuidados à pessoa que vai ser submetida a uma colonoscopia de rastreio do CCR”**, sendo a sua principal atividade a realização das consultas de enfermagem telefónicas, e o tratamento dos seus dados posteriormente tratados no programa Microsoft Excel®, através de estatística descritiva.

A consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia, iniciou-se no dia 22 de Março e decorreu até 16 Abril de 2021, no âmbito do estágio. A população foram todas as pessoas adultas, submetidas a colonoscopia total no referido período, e com preparação intestinal com Plenvu® ou Plenvu® dose dividida. Foram excluídas todas as pessoas que não realizaram colonoscopias totais, cuja preparação intestinal da colonoscopia não era Plenvu®, e os que não aceitaram participar.

A preparação intestinal Plenvu®, é uma solução à base de polietilenoglicol, foi integrada no serviço em fevereiro de 2019, sendo a preparação que é mais frequentemente utilizada em 90% dos exames. Esta preparação apresenta-se como uma boa alternativa a outras soluções com o mesmo princípio pela redução do volume a ingerir que passou de 2 litros (Movi-prep®) para 1 litro com esta nova preparação.

Foram realizadas, apenas por mim, um total de 185 consultas incluídas no projeto, destas 31 não atenderam o telefone após duas tentativas de contacto com um intervalo de pelo menos uma hora, 7 por ter sido desmarcado o exame, e 1 não deu o seu

consentimento para usar os seus dados. Das consultas realizadas em 144 foi estabelecido contacto com o próprio e em 2 foi contactado o familiar de referência.

Em relação à antecedência da realização da CET, esta parece ser mais eficaz quando realizada numa data mais próxima do exame, como no dia anterior (Liu et al, 2014). Inicialmente decidiu-se realizar as CET com três dias de antecedência ao exame, por ser o dia coincidente com o início da dieta pobre em resíduos preconizada pelo serviço, mas seguindo a evidência científica optou-se pela realização dois dias antes, salvo necessidade de antecipação quando a data coincide com fins de semana ou feriados. Assim, 64,4% foram realizadas 48 horas antes do exame, e as restantes com uma antecedência de 72 e 96 horas ambas correspondentes a 17,8 %.

A média de idade dos indivíduos a quem foi realizada consulta foi de 54,6 anos sendo que 63,7% encontravam-se entre os 50 e 75 anos, o que se enquadra dentro das recomendações para a idade do rastreio (DGS, 2014a), sendo a incidência mais baixa em idades inferiores a 45 anos (Melo e Braga, 2003). Verificando-se que 56,2% da amostra era do sexo masculino, face aos 43,8% do sexo feminino, tal como se verifica na maioria dos países da Europa com programas de rastreio de base populacional implementados, o que poderá justificar a superioridade das taxas de mortalidade do sexo masculino (OCDE, 2020).

Em relação à pergunta sobre o nível de habilitações literárias, verificou-se que nas consultas realizadas, 77 (55,3%) pessoas possuíam um curso superior, 40 (27,3%) o ensino secundário e 29 (19,9%) o ensino básico, o que vai ao encontro de outro estudo de avaliação do impacto das orientações fornecidas por enfermeiros a pessoas submetidas a colonoscopia, em que a maioria dos indivíduos que realizaram exame tinham habilitações literárias de nível superior (Andrade et al, 2017). Conclusões também encontradas por Arnold et al (2012) de que o nível de escolaridade parece relacionar-se não só com a adesão ao rastreio do CCR, que é mais baixo em pessoas com nível de alfabetização inferior. Por outro lado, em relação à qualidade da preparação intestinal relacionada com o nível de instrução académica, não se verificaram diferenças significativas, uma vez que em ambos os grupos a preparação prevalente foi a eficaz em

90% dos indivíduos, tendo existido uma adequação dos ensinamentos a todos os níveis de escolaridade garantindo igualmente um nível de preparação intestinal de qualidade (Andrade et al, 2017), isto contraria resultados de outros estudos em que a qualidade da preparação intestinal tende a ser melhor em pessoas com níveis de escolaridade superiores (Andrade et al 2017). Nos últimos anos, tanto a World Health Organization (WHO, 2013), como a DGS (2019) têm demonstrado uma preocupação cada vez maior, em relação à literacia em saúde considerando-o um desafio para a saúde pública do sec. XXI. A literacia em saúde está intimamente ligada à capacidade do indivíduo fazer escolhas acertadas em relação aos seus cuidados de saúde, quer de prevenção, quer de promoção da saúde (DGS 2019), dado significativo para a realização da CET, permitindo aos enfermeiros que a adequem a sua comunicação e ensinamentos à pessoa.

A maioria das pessoas, 61,6%, fez endoscopia digestiva alta e colonoscopia total, e 38,4%, realizaram apenas colonoscopia total. 140 pessoas (95,8%) realizaram o exame sob sedação com apoio anestésico, seguindo assim as recomendações da DGS (2014), que a colonoscopia seja realizada sob sedação/anestesia, efetuada por um médico anestesiológico, uma vez que este exame é associado a dor, o que pode por um lado diminuir a adesão ao rastreio e por outro inviabilizar a realização do mesmo por intolerância.

No que confere à questão se a pessoa recebeu as instruções relativas ao exame e ao consentimento informado, apenas 3 pessoas (2%) não tinham recebido as instruções sobre a preparação intestinal e o consentimento informado, tendo sido facultado por e-mail, após o término da consulta. Cabe às unidades de endoscopia garantir que toda a informação relativa ao consentimento informado, com os benefícios e riscos inerentes ao exame sejam disponibilizados com antecedência antes da realização do mesmo (Valori et al, 2012), também a OE (2021a) evidencia a necessidade de serem facultadas instruções escritas, referentes às informações transmitidas por teleconsulta, existindo assim outro suporte que fique com a pessoa e que facilmente possa ser consultado, garantindo que a informação transmitida é realmente entendida (OE, 2021a).

Para 61,0 % dos inquiridos, não era a primeira vez que realizavam colonoscopia total, em apenas 39,0% da amostra era o seu primeiro contacto com este exame e respetiva preparação. Em relação ao tipo de preparação 139 pessoas (95,2%), realizaram a preparação com Plenvu® preconizada no serviço, 5 pessoas (3,4%) tinham indicação médica para associar um laxante (Dulcolax®) à sua preparação e 2 pessoas (1,4%), realizaram o Plenvu® dose dividida. De facto, a evidência científica diz-nos que mais importante do que a escolha de uma preparação em relação a outra, a dose dividida (*split dose*) da preparação é mais bem tolerada pela maioria das pessoas (Valori et al, 2012). No entanto e por constrangimentos que se prendem com o tempo de jejum necessário para a segurança anestésica, no serviço de ExE, salvo indicações médicas na requisição do exame, a preparação preconizada não é a de dose dividida, como se verificou pelas consultas realizadas.

Relativamente ao padrão defecatório, 87,7% das pessoas apresentavam um padrão de evacuação de sete vezes por semana, 10,2% referiram ser tendencialmente obstipadas, com um padrão de 4 a 6 vezes por semana, e apenas 2,1% das pessoas referiram evacuar mais de sete vezes por semana.

Em relação a avaliar e gerir a informação que a pessoa sabe sobre a alimentação pré-exame, em 99,3% da amostra foram realizados ensinamentos sobre “No 3º e 2º dia antes do exame deve fazer uma dieta pobre em resíduos (não deve ingerir hortaliças, saladas, frutas com pevides, grainhas ou casca, feijão, grão, ervilhas, favas ou milho)”. E a 100,0% das pessoas que fizeram CET, foram realizados ensinamentos sobre realizar uma dieta líquida na véspera do exame.

Em relação a preparação intestinal com Plenvu®, em 144 pessoas foram realizados ensinamentos sobre os itens do guia sobre preparação intestinal com Plenvu®. Destas 144, em 5 pessoas foi para além das recomendações descritas dadas instruções para a toma de laxante (Dulcolax Drageias). Nas 2 pessoas cuja preparação intestinal era Plenvu® com dose dividida as instruções dadas seguiram as indicações do guia designadas Plenvu® - dose dividida.

No que confere ao jejum, a 140 pessoas correspondente a 100% da amostra que iria realizar o exame com apoio anestésico e com Plenvu® ou Plenvu® com Dulcolax®, foi dada a instrução de “Cumprir um jejum de 6h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos”, nas 2 pessoas cuja indicação era realizar Plenvu® com dose dividida, foi dada indicação de “Cumprir um jejum de 4h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos”.

Relativamente às informações sobre necessidade de “sair do Hospital acompanhado e permanecer o resto do dia em casa, também acompanhado, a repousar. Não pode conduzir nem manobrar máquinas perigosas nas 24 horas seguintes”, foram fornecidas a 140 pessoas, correspondente a 100,0% da amostra que iria realizar exame com sedação com apoio anestésico.

No que confere aos antecedentes pessoais, 70 pessoas (47,9%), não tinham qualquer sintoma, 16 pessoas tinham diabetes mellitus tipo II, e 1 pessoa acidente vascular cerebral. Em relação aos antecedentes cirúrgicos 81 pessoas (55,5%), referiram não ter nenhum, 43,2% tem antecedentes cirúrgicos a nível abdominal como: abdominoplastias, hernioplastias, colecistectomias, histerectomias, cesarianas, laqueações tubáricas bilateral. 1,3% da amostra apresenta antecedentes cirúrgicos não abdominais como mamoplastias. De facto, comorbilidades como diabetes e o acidente vascular cerebral, tal como cirurgias ao nível abdominal, parecem ter interferência de forma negativa na qualidade da preparação intestinal (Rembacken et al 2012; Sim & Koo, 2016).

Das 144 pessoas que realizaram CET, 100% possuíam as análises e exames necessários para a realização de exame. Em 52,8% (76), não apresentavam alergias, 8,3% (12), tinham indicação para suspender a medicação, e 1,4 (2%), apesar de fazerem medicação não tinham indicação médica para suspender a medicação. Após a realização da CET 144 pessoas (100,0%) não referiram ter dúvidas.

No final da realização das CET no decorrer do estágio, foi feita uma consulta de todos os processos, das 144 pessoas para obter a pontuação da escala BBPS, e saber se a preparação intestinal foi ou não eficaz. No serviço, consoante o score final obtido da

referida escala, a preparação é classificada em eficaz ou ineficaz. Sendo que se considera eficaz a pontuação se for ≥ 6 e cada segmento avaliado não tiver um valor < 2 , e ineficaz se a pontuação for < 6 e/ou < 2 em algum segmento avaliado. Para além da consulta da escala, foi verificada a sedação sob a qual o exame foi realizado. Da consulta do processo clínico verificou-se que 9 (6,7%) não realizaram o exame, não tendo sido possível averiguar quais as causas da não realização do mesmo. A eficácia da preparação intestinal foi de 91,8%, valor superior ao dos anos anteriores do serviço, e atingindo-se pela primeira vez o valor de referência a nível europeu (Rembacken et al, 2012), podendo esta facto relacionar-se com a CET, uma nova intervenção de enfermagem que a evidência científica refere poder ser realizada para melhorar a preparação intestinal, sendo as consultas via telefónica que pareceram ter uma maior eficácia (Guo et al, 2017).

Esta atividade permitiu-me desenvolver competências de enfermeiro especialista, através da implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019), adquirindo também competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem oncológica, sobretudo junto da pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do CCR, como a promoção da saúde, a proteção da saúde e a prevenção da doença tidas como competências essenciais do enfermeiro de oncologia pela EONS (2007).

Outra atividade desenvolvida no âmbito deste objetivo, foi a implementação e entrega do formulário de satisfação, dor e conforto, à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do CCR, em regime de ambulatório.

Aquando da implementação de um procedimento de telenfermagem, como a consulta de enfermagem telefónica, é igualmente crucial a monitorização de indicadores de qualidade referentes à satisfação da pessoa, aplicando medidas de melhoria sempre que necessário com base nos dados obtidos (OE, 2021b). A mesma instituição (OE, 2001), evidencia ainda a importância dos enfermeiros “procurarem os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”, tendo em conta a individualidade da pessoa, o estabelecimento de empatia, e na procura pela redução do impacto que as mudanças na prestação de cuidados possam ter no cliente, através do fornecimento de informações

que possam ser potenciadoras da aprendizagem da pessoa no que refere aos cuidados de saúde (OE, 2001,p.14).

Assim, com o objetivo de aferir efetivamente quanto a pessoa que vai realizar uma colonoscopia total se sente devidamente esclarecida bem como, avaliar a sua dor e desconforto em dois momentos: antes e após a colonoscopia, foi criado um “*Formulário de satisfação pós-colonoscopia*” (Apêndice VII), com nove questões, transcrito para Google forms®, e disponibilizado às pessoas por Ipad, após a realização de colonoscopia total, antes do momento da alta.

Das 109 pessoas que responderam ao formulário, a maioria era do sexo feminino 60%, com uma idade média de 54 anos, 55% com nível de escolaridade superior, em 31,2% era a primeira vez que realizavam colonoscopia total, tendo 56,9% realizado endoscopia digestiva alta e colonoscopia.

Relativamente à documentação entregue no momento da marcação do exame, que contempla o consentimento e as instruções sobre a preparação intestinal, no serviço de ExE, toda a informação relativa ao exame, é facultada no momento da marcação do exame pelo secretariado administrativo do hospital, presencialmente ou enviado via e-mail, se a pessoa o desejar. Verificou-se que, 98,1% das pessoas referiram que a documentação era de fácil compreensão, e apenas 7,3% mencionaram ter sentido necessidade de esclarecimento adicional, obtendo-o ou através da linha de telefone de apoio que consta na preparação intestinal, ou no momento da CET, ou presencialmente no serviço quando se deslocaram ao hospital por outros motivos.

No que confere à questão relativa à CET, 89,0% (97) tiveram esta consulta, e destes a maioria 76,3% (74) emitiu a opinião de que a CET tinha sido “Esclarecedora”, existindo também outras “útil e atenciosa”, “explícita”, “a consulta ajudou a esclarecer algumas dúvidas”, e que “ajudou a reforçar a informação recebida em papel”.

Relativamente ao tipo de sedação 96,3% (105) fizeram a colonoscopia com sedação profunda com apoio anestésico, sendo o fármaco utilizado o Propofol, por estar associado a níveis de maior satisfação por parte de quem realiza a colonoscopia, ter uma melhor recuperação, e tempo de alta, e facilitar a concretização da entubação ileo-

cecal (Ekkelenkamp, 2013; Valori, et al, 2012), o que se verifica, uma vez que nas pessoas que realizaram exame com apoio anestésico, apenas 1,8% (2) referem ter sentido durante o exame dor de nível 1 e 5 respetivamente, e 2,8% (3) desconforto nível 1 e 2, na escala de Lickent de cinco níveis. Depois do exame, 2,8% (3) mencionaram ter sentido dor após o exame, duas delas uma dor de nível 5 e uma de nível 3. E 6,7% (7), referiram ter sentido desconforto após o exame, não mais que um nível de 3 na escala de Lickent de cinco níveis.

Por outro lado, das cinco pessoas que realizaram o exame sem apoio anestésico, 50%, referem ter tido dor de nível 7 e 2 durante o exame avaliada pela escala numérica da dor, e um desconforto de nível 3 e 2. Não tiveram dor nem desconforto após o exame, estando de acordo com um estudo realizado que refere que menos de metade das pessoas que realizam colonoscopia experienciam dor após a colonoscopia (Allen et al, 2015). Estes resultados também se podem atribuir à recomendação, praticada no serviço, de insuflar dióxido de carbono CO₂, exceto em doentes com DPOC, ou outras patologias que interfiram diretamente com a retenção de CO₂, em todas as colonoscopias pois tal contribui para o conforto abdominal após a realização de colonoscopia (Valori et al, 2012).

Relativamente ao consentimento informado 96,3% das pessoas, referem ter entendido a importância do exame para a sua saúde, 93,5% sabiam em que consistia o exame, 92,6% tinham conhecimento sobre os benefícios que o exame tinha para si, e 82,6% referiram saber os riscos inerentes à realização de colonoscopia, taxas que indicam a presença de esclarecimento sobre o exame, os seus benefícios e riscos, este o menos presente, tal como preconiza a ESGE (Rembacken et al.,2012) e a DGS (2013), sendo que 99% das pessoas referem ter compreendido todas as informações que lhe foram prestadas relativamente à realização de colonoscopia. Também 99% das pessoas revelam ter assinado o consentimento antes do procedimento o que está em conformidade com a boa prática (DGS,2017). Por último, no que confere à salvaguarda dos enfermeiros do serviço dos ExE inseridos na equipa multidisciplinar na realização de colonoscopia, 97,2% das pessoas referem ter existido por parte do enfermeiro, uma preocupação relativamente ao seu esclarecimento.

O terceiro e último objetivo deste estágio foi o de **“sensibilizar a equipa de enfermagem para a execução deste projeto e implementação da CET”**, tendo sido realizada uma reunião de serviço, onde foram apresentados os objetivos do mesmo, com o intuito de colocar ao corrente toda a equipa de enfermagem do serviço, relativamente à consulta de enfermagem sobre a CET implementada, bem como a entrega dos formulários de satisfação à pessoa submetida a colonoscopia. Nesta primeira reunião estiveram presentes, para além da en^{fa} chefe, oito enfermeiros, correspondem-te a 80,0% da equipa de enfermagem. Foram colocadas diversas questões sobre como seria realizada a implementação da CET, tendo sido esclarecidos que, no âmbito do projeto todas as CET seriam realizadas por mim, e só depois desta experiência seria feita uma ação de formação seguida de uma formação individual aos enf^{os} do serviço, com vista à implementação desta consulta no serviço.

Outra atividade realizada foi uma ação de formação (Apêndice VIII) junto dos enfermeiros do serviço de ExE, nesta sessão foi igualmente disponibilizado a todos os enfermeiros o guião da consulta de enfermagem telefónica e os seus objetivos. A sessão decorreu na sala de enfermagem do serviço no período da manhã, tendo durado cerca de uma hora, com participação de 90% da equipa de enfermagem. Os objetivos da sessão foram cumpridos, a equipa demonstrou interesse pela consulta e sobretudo, perceberam a sua importância para as pessoas que cuidam diariamente. Sendo este serviço, muito direcionado para a componente técnica, uma consulta de enfermagem, direciona os enfermeiros para uma dimensão de proximidade com a pessoa que vem realizar exame, desenvolvendo assim a competência também descrita dos enfermeiros de endoscopia de cuidados holísticos, fomentando a educação e promoção da saúde, e do bem estar e segurança, não só no decorrer do exame, como no pré e pós (ESGENA, 2004).

Após a realização desta sessão de formação, outra atividade desenvolvida junto dos enfermeiros do serviço foi a colaboração na sua formação, tendo sido sugerido por mim, que cada um deles realizasse uma consulta de enfermagem telefónica na minha presença, garantindo assim, uma melhor compreensão do procedimento da CET do

guião e do registo dos dados em Google forms®, mas também a uniformização na realização da CET, e no registo dos dados. Foi possível acompanhar todos os enfermeiros do serviço de ExE.

Com este objetivo foi possível adquirir competências no âmbito da comunicação eficaz centrada na pessoa, considerada esta uma componente determinante do enfermeiro oncológico, uma vez que permite mudanças de comportamento e a melhoria da satisfação das pessoas (EONS, 2018). Por outro lado, pelo trabalho desenvolvido junto da equipa de enfermagem, foi desenvolvida a competência de liderança, gestão de equipa, desenvolvendo relações interpessoais, que permitissem a implementação da consulta de enfermagem no serviço (EONS, 2018), também descritas como competências do enfermeiro especialista que “adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.” (OE, 2019, p. 4748), através da implementação de métodos de organização de trabalho adequados, na utilização de recursos de forma eficiente promovendo a qualidade, e fomentando processos de mudança que promovam a introdução de novas práticas (OE, 2019).

CONCLUSÃO

Concluído este percurso torna-se pertinente avaliar as limitações ao projeto, que se prenderam sobretudo com a introdução de uma nova atividade num serviço de técnicas endoscópicas, visto que apesar da recetividade inicial da equipa de enfermagem, esta implementação da consulta de enfermagem telefónica e do questionário de satisfação foi em alguns momentos mencionada pela equipa de enfermagem como uma sobrecarga adicional. No entanto, ao longo do estágio esta dificuldade foi-se dissipando, acabando a consulta de enfermagem telefónica por ser entendida como uma forma de aproximação dos enfermeiros com a pessoa que vai realizar exame. Esta mudança teve um apoio forte da chefia do serviço e da restante equipa multidisciplinar que, entendendo desde logo a pertinência e necessidade da consulta para o serviço, foram motores substanciais da motivação da equipa. Por outro, as ações de formação em grupo e individuais que fui realizando com os meus pares, foram medidas de apoio que culminaram com a implementação desta consulta no serviço, que se mantêm mesmo após o término do estágio.

Dos pontos fortes identificados ao analisar o percurso feito, saliento o apoio da Direção de Enfermagem e da chefia direta do serviço, na implementação do projeto, bem como o interesse e curiosidade da equipa de enfermagem do serviço por estas novas consultas de enfermagem, que acabaram por entender como é importante para melhorar os cuidados de enfermagem prestados à população. Por último, o interesse e apoio da equipa multidisciplinar, em que outros elementos, que não enfs aderiram à CET por perceberem a importância da realização da mesma junto das pessoas que cuidamos, vendo gradualmente a sua implementação, mais como uma mais valia, do que como um acréscimo às suas ações diárias.

Como pontos fracos, este projeto apresenta a limitação de tempo e recursos para a sua execução. Por um lado, a implementação da consulta telefónica implica um aumento dos recursos necessários como, computador e telefone, e idealmente uma sala para o efeito, que não foi possível obter durante o período do estágio, e por outro o tempo foi reduzido para garantir que os enfermeiros adquirissem os conhecimentos necessários

à realização da consulta de forma autónoma, sendo necessário um maior investimento no tempo de formação aos enfermeiros que irão realizar consulta de enfermagem telefónica. No que confere às oportunidades, a consulta de enfermagem permite um primeiro contacto dos enf^{os} com a pessoa que vai realizar exame. E ainda, a implementação da consulta mostrou a melhoria do indicador de qualidade “preparação intestinal para colonoscopia superior a 90%” que se encontrava deficitário no serviço, e no qual toda a equipa multidisciplinar se encontra envolvida e motivada para a sua melhoria. As ameaças relativas à continuação do projeto prendem-se com, não existir nem estar previsto um aumento de dotação de enfermagem para a realização da consulta, o que implica uma reorganização diária para a realização das mesmas, o que pode constituir um fator desmotivador. Paralelamente, também não ser possível concretizar o registo da consulta de enfermagem em sistema informático utilizado pelo hospital, não permitindo a consulta dos dados colhidos na consulta para o dia da realização do exame e implicando uma duplicação de registos.

A necessidade inequívoca de atuar no âmbito do rastreio do CCR, torna as unidades onde se realizam estes exames endoscópicos deste tipo de neoplasia, um foco no que confere à melhoria dos cuidados de saúde que se prestam. Exercendo funções numa unidade onde se realizam colonoscopias de rastreio, tornou-se pertinente atuar como enfermeira especialista em enfermagem no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo eficazmente para a melhoria dos indicadores de qualidade. De facto, com a implementação da CET foi possível obter uma preparação intestinal de 91% na BBPS, atingindo assim as metas europeias, valores nunca atingidos até à data no serviço, atuando assim neste indicador que tem um papel crucial para a deteção de lesões. E por outro lado quanto à informação e esclarecimento da pessoa que realiza colonoscopia, introduzindo novos indicadores de qualidade, como a avaliação da satisfação do cliente, e do nível de dor e conforto durante e após o procedimento, sendo possível aferir que 96,3% (105) realizaram exames com apoio anestésico, e 1,8% (2) referiram dor de nível 1 e 5 durante o exame e 2,8% (3) desconforto nível 1 e 2. Depois do exame, 2,8% (3) mencionam ter sentido dor após o exame, de nível 5 e 3. Em 6,7%

(7), referiram desconforto de nível 3 após o exame, Mais de 90,0% das pessoas tinham conhecimento sobre o exame, a importância, os benefícios, e 82,6% (90) dos riscos. Em 99,0% (108) das pessoas sentiam-se esclarecidos antes do exame, e assinaram o consentimento, e 97,2% (106) referem ter existido uma preocupação por parte do enfermeiro relativamente ao seu esclarecimento.

A atuação no âmbito do rastreio, no decorrer deste projeto tornou-se ainda mais visível uma vez que, estão ainda por apurar os dados do impacto da pandemia pelo coronavírus 2 (SARS-CoV-2) na morbilidade e mortalidade, é indiscutível o seu efeito na redução do rastreio do cancro, sendo expectável que exista um aumento do diagnóstico de cancro em estádios mais avançados da doença, tornando a retoma do rastreio do CCR fundamental para se reduzir o impacto da pandemia na área oncológica a longo prazo. Tornou-se claro com este projeto, que os enfermeiros de unidade endoscópicas têm uma intervenção específica em todas as fases do exame, incluindo no pré, podendo promover a adoção de comportamentos que promovem o autocuidado da pessoa, sendo importante que os enfermeiros de unidades de técnicas endoscópicas desenvolvam funções no âmbito da educação para a saúde, atuando em todas as fases da realização do exame, antes, durante e após, estabelecendo precocemente uma relação de terapêutica com a pessoa que irá realizar colonoscopia.

Assim com o término deste relatório, considero que para além das competências já descritas, ter adquirido competências ao nível da criação, realização e implementação de projetos na área da qualidade, reconhecendo que “a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.” (OE, 2019, p. 4747), tal como reconhece igualmente a EONS (2018), considerando que um enfermeiro oncológico deve “iniciar processos de garantia da qualidade e implementar cuidados baseados em evidência” (EONS, 2018). Tal como, a aquisição de grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização médico-cirúrgica, subentende um conhecimento vasto e detalhado, que se enquadra igualmente com as competências exigidas para um enfermeiro especialista.

Penso com este trabalho ter contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa que realiza colonoscopia, com vista à prevenção do CCR, assumindo o papel de enfermeira especialista e Mestre na área da médico-cirúrgica, sendo um trabalho que apenas se iniciou com este projeto, pretendendo que continue futuramente com a divulgação do mesmo em periódicos, e com a continuação e manutenção desta consulta no meu serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuksis, G., Mor, M., Segal, N., Shemesh, I., Morad, I., Plaut, S., Weiss, E., Sulkes, J., Fraser, G., & Niv, Y. (2001). A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *The American Journal of Gastroenterology*, 96(6), 1786–1790. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03872.x>
- Allen, P., Shaw, E., Jong, A., Behrens, H., & Skinner, I. (2015). Severity and duration of pain after colonoscopy and gastroscopy: a cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 1895–1903. Doi: <http://doi.org/10.1111/jocn.12817>
- Amorim, T. V., Gomes, L. A., Coelho, L. da S., Paiva, A. do C. P. C., Salimena, A. M. de O., Cassimiro, B. L., Viana, S. F. de S., Tavares, A. T. D. V. B., Oliveira, L. G. P., & Nascimento, R. C. N. do. (2020). Ações de Enfermagem que contribuem para o preparo da colonoscopia: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 94(32), e–020062. Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.914>
- Andrade, J. C. de, Silva, C. M. da, Botitano, F. K., Carvalho, F. F. de, & Silva Junior, L. G. da. (2017). Estudo para avaliar o impacto das orientações para pacientes submetidos a exame de colonoscopia. *Varia Scientia - Ciências Da Saúde*, 3 (2), 187–193. Doi: <https://doi.org/10.48075/vscs.v3i2.18106>
- Arnold, C. L., Rademaker, A., Bailey, S. C., Esparza, J. M., Reynolds, C., Liu, D., Platt, D., & Davis, T. C. (2012). Literacy barriers to colorectal cancer screening in community clinics. *Journal of health communication*, 17 Suppl 3(0 3), 252–264. Doi: <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.713441>
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.

- Boyle, P., & Langman, J. S. (2000). ABC of colorectal cancer: Epidemiology. *BMJ (Clinical research ed.)*, 321(7264), 805–808. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7264.805>
- Buturovic, S. (2014). Colonoscopy as a method of choice in the diagnosis of colorectal cancer. *Acta informatica medica : AIM : Journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, 22(3), 164–166. Disponível em: <https://doi.org/10.5455/aim.2014.22.164-166>
- Camões, M. (2016). Prevenção do cancro colorretal. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/37158/1/versao%20final%20tese%282%29.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Corley, D. A., Sedki, M., Ritzwoller, D. P., Greenlee R. T., Neslund-Dudas, C., Rendle, K. A., Honda, S. A., Schottinger, J. E., Udaltsova N., Vachani A., Kobrin, S., Li, C. I., Haas, J. S. (2021). Cancer Screening During the Coronavirus Disease-2019 Pandemic: A Perspective From the National Cancer Institute's PROSPR Consortium. *Gastroenterology* 160 (4):999–1002 doi:<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.10.030>
- Costa, M., Gonçalves C. D. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*. 2.
- Chelazzi, C., Consales, G., Boninsegni, P., Bonanomi, G. A., Castiglione, G., & De Gaudio, A. R. (2009). Propofol sedation in a colorectal cancer screening outpatient cohort. *Minerva Anestesiologica*, 75(12), 677–683.

Chung, Y. W., Han, D. S., Yoo, K.-S., & Park, C. K. (2007). Patient factors predictive of pain and difficulty during sedation-free colonoscopy: A prospective study in Korea. *Digestive and Liver Disease*, 39(9), 872–876. doi: 10.1016/j.dld.2007.04.019

Decreto-lei no 412/98 de 30 de Dezembro. Diário da República (DR) I Série. Nº 300 (98- 12-30), p. 7257-7264.

Diário da República (DR) n.º2 (2001). Resolução da assembleia da República nº 1/2001 - Aprova, para ratificação, a convenção para a proteção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e da medicina: convenção sobre os direitos do homem e a biomedicina, aberta à assinatura dos estados membros do conselho da europa em oviedo, em 4 de abril de 1997, e o protocolo adicional que proíbe a clonagem de seres humanos, aberto à assinatura dos estados membros em paris, em 12 de janeiro de 1998. Disponível em: <https://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

Diário da República (DR) (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento nº 140, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Acedido a 7-07-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diniz, T., Fusco, S., Oliveira, M., Nunes, H., & Avila, M. (2021). Telephonic Nurse Guidance for Colonoscopy: A Clinical Trial. *Clinical nursing research*, 30(6), 762–770. <https://doi.org/10.1177/1054773821995015>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, Circular normativa: Ministério da Saúde 1–4.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2012a). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Eixo estratégico: Qualidade em Saúde. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024 -
Qualidade em Sa?de 2013-01-17 .pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024-_Qualidade_em_Sa%de_2013-01-17_.pdf)

Direção geral de Saúde (DGS) (2012b). Orientação – Reprocessamento em Endoscopia Digestiva. Disponível em: <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Reprocessamento-em-Endoscopia-Digestiva.pdf>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde (DGS) (2014a). Rastreio Oportuníssimo do CCR nº 003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2014b). Colonoscopia Diagnóstica/ terapêutica no adulto. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/12/Colonoscopia-Diagn%C3%B3stica-Terap%C3%AAutica-no-Adulto.pdf>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2014c). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas - relatório 2013. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2014d). Prescrição de Colonoscopia. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2017a). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-884762->

<pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEf kPAAAA>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2017b). Colonoscopia Diagnóstica/Terapêutica no Adulto. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2018). Nota de Imprensa 02/2018 Rastreio do cancro colo retal. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/rastreio-do-cancro-colo-rectal.aspx>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2019). Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do serviço nacional de saúde e entidades convencionadas. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

Diário da República (DR) (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento nº 140, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Diário da República (DR) n.º 63 (1995). Código Penal Decreto-Lei n.º 48/95. Série I-A de 1995-03-15. Disponível em: <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675-66003873>

Diário da República (DR) nº102 (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. Série 2 — N.º 102 — 27 de maio de 2015. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Douaiher, J., Ravipati, A., Grams, B., Chowdhury, S., Alatise, O., & Are, C. (2017). Colorectal cancer-global burden, trends, and geographical variations. *Journal of surgical oncology*, 115(5), 619–630.doi: <https://doi.org/10.1002/jso.24578>

Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115–1118.

Dowd, T. (2004). Teoria do conforto. In Lusociência. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª (ed).), pp. 481–495).

Ekkelenkamp, V. E., Dowler, K., Valori, R. M., & Dunckley, P. (2013). Patient comfort and quality in colonoscopy. *World journal of gastroenterology*, 19(15), 2355–2361. Doi: <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i15.2355>

European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) (2004). *European Job Profile for Endoscopy Nurses*, 1–13. Disponível em: <https://www.yumpu.com/en/document/read/5411213/european-job-profile-for-endoscopy-nurses-european-society-of->

Eurostat (2020). Cancer statistics – specific cancers, Statistics Explained, Agosto 2020. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cancer_statistics_-_specific_cancers&action=statexp-seat&lang=pt#Cancro_colorretal

Favoriti, P., Carbone, G., Greco, M., Pirozzi F., Pirozzi R., & Corcione F. (2016). Worldwide burden of colorectal cancer: a review. *Updates Surg* 68, 7–11. Doi: <https://doi.org/10.1007/s13304-016-0359-y>

Fortin M., Grenier R., & Nadeau M. (2003) – O processo de Investigação: Da concepção à realização. Loures: Lusociência.

Gardner, S. E., Frantz, R. A., Specht, J. K., Johnson-Mekota, J. L., Buresh, K. A., Wakefield, B., & Flanagan, J. (2001). How accurate are chronic wound assessments using interactive video technology?. *Journal of gerontological nursing*, 27(1), 15–53. doi: <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20010101-08>

George J.B. (2000). Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional. (4ª Edição). Porto Alegre: Artes médicas.

Groton, M., Fisher, M. J., Speroni, K. G., & Daniel, M. G. (2015). A prospective, randomized, single-blind study evaluating the effectiveness, tolerability, and cost of colonoscopy bowel preparations. *Gastroenterology Nursing: The Official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 38(1), 31–41. doi: <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000087>

Guo, X., Yang, Z., Zhao, L., Leung, F., Luo, H., Kang, X., Li, X., Jia, H., Yang, S., Tao, Q., Pan, Y., & Guo, X. (2017). Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal Endoscopy*, 85(1), 90–97.e6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.05.012>

Hassan, C., East, J., Radaelli, F., Spada, C., Benamouzig, R., Bisschops, R., Bretthauer, M., Dekker, E., Dinis-Ribeiro, M., Ferlitsch, M., Fuccio, L., Awadie, H., Gralnek, I., Jover, R., Kaminski, M. F., Pellisé, M., Triantafyllou, K., Vanella, G., Mangas-Sanjuan, C., Frazzoni, L., ... Dumonceau, J. M. (2019). Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2019. *Endoscopy*, 51(8), 775–794. doi: <https://doi.org/10.1055/a-0959-0505>

Hernandez, F., & Ventura, M. (1998). A organização do currículo por projetos de trabalho: O conhecimento é um caleidoscópio.

Ho, L. H., Montealegre, J. R., Al-Arabi, S., Jibaja-Weiss, M. L., & Suarez, M. G. (2019). *Impact of colonoscopy preparation video on Boston Bowel Preparation Scale Score. Gastroenterology Nursing*, 42(3), 251–258. doi:10.1097/sga.000000000000003

International Agency for Research on Cancer (IARC) (2017), Cancer Screening in the European Union – Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening, European Commission, Brussels. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreport_implementation_en.pdf.

International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN (2020a) Portugal [Internet]. The Global Cancer Observatory: WHO, 2020 Mar. Acedido em 20-1-2022. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>

International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN (2020b) Portugal [Internet]. The Global Cancer Observatory: WHO, 2019 Mar. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). Causas de morte 2017. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358633033&PUBLICACOESmodo=2

Labianca, R., Nordlinger, B., Beretta, G. D., Mosconi, S., Mandalà, M., Cervantes, A., Arnold, D. (2013). Early colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 24 (6), 64-72

- Lai, E. J., Calderwood, A. H., Doros, G., Fix, O. K., & Jacobson, B. C. (2009). The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointestinal endoscopy*, 69 (3 Pt 2), 620–625.
<https://doi.org/10.1016/j.gie.2008.05.057>
- Liu, X., Luo, H., Zhang, L., Leung, F. W., Liu, Z., Wang, X., Huang, R., Hui, N., Wu, K., Fan, D., Pan, Y., & Guo, X. (2014). Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. *Gut*, 63(1), 125–130.
Doi: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304292>
- Mahon, S. M. (2017). Colorectal cancer screening. *The Nurse Practitioner*, 42 (10), 18-26.
Doi: 10.1097/01.NPR.0000524663.78727.4e. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/10400.2/1473>
- Martins, M. & Lopes, M. A. P. (2010). A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar em Enfermagem*, 14(1), 39-57.
- Melo, M., & Braga, R. (2003). Rastreio do cancro do cólon e do recto. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(5), 471-82.
doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v19i5.9977>
- OECD/European Union (2020), "Screening and survival for colorectal cancer", in *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
Disponível em: <https://doi.org/10.1787/429ff2a5-en>.

Oncology Nursing Society (ONS) (2007). Oncology Nurse Practitioner Competencies. Disponível em: <https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/oncology-nurse-practitionercompetencies.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001a). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Divulgar. 1-19. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001b). Parecer do conselho jurisdicional sobre consentimento informado, CJ/21. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CJ_21_2001.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009). Parecer do conselho jurisdicional sobre Consulta de enfermagem por via telefónica. 102/2009. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf

Ordem dos enfermeiros (OE) (2015a). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos enfermeiros (OE) (2015b). Deontologia Profissional de Enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015c). Código Deontológico. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021a). Consultas de enfermagem à distância – Teleenfermagem. Guia de recomendações. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2021b). Parecer do conselho de enfermagem nº53/2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermeira en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat.

Orem, D. (2001). Nursing. Concepts of Practice (6ª ed.). Mosby: St. Louis

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2019). Health at a Glance 2019. 2–4. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD/) (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Disponível em: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. (2001): Ordem dos Enfermeiros (ON).
Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=29&view=news:Print&id=58>

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (5^a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Rembacken B., Hassan C., Riemann, J. F. , Chilton, A., Rutter, M., Dumonceau J. M., ... T. Ponchon. (2012). Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). 957- 968.

Regulamento nº 190/2015. (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais . *Diário da República* Série II, (N.º 79, 23 de abril de 2015.)
Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>

Regulamento nº 122/2011. (2011). Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. *Diário da República* Série II, (nº 35, 18 Fevereiro 2011) Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>

Rex, D. K., Boland, R., Dominitz, J. A., Giardiello, F. M., Johnson, D. A., ... Robertson, D. J. (2017). Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *The American Journal Of Gastroenterology*, 1-15. Doi: 10.1038/ajg.2017.174

Rostom, A., & Jolicoeur, E. (2004). *Validation of a new scale for the assessment of bowel preparation quality. Gastrointestinal Endoscopy*, 59(4), 482–486. doi:10.1016/s0016-5107(03)02875-x

Rollbusch, N., Mikocka-Walus, A. A., & Andrews, J. M. (2014). The experience of anxiety in colonoscopy outpatients: a mixed-method study. *Gastroenterology nursing: the official Journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 37(2), 166–175.doi: <https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000037>

Rui, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. (2007). Metodologia de projeto: coletânea descritiva das etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Saltzman, J. R., Cash, B. D., Pasha, S. F., Early, D. S., Muthusamy, V. R., Khashab, M. A., Chathadi, K. V., Fanelli, R. D., Chandrasekhara, V., Lightdale, J. R., Fonkalsrud, L., Shergill, A. K., Hwang, J. H., Decker, G. A., Jue, T. L., Sharaf, R., Fisher, D. A., Evans, J. A., Foley, K., ... Acosta, R. D. (2015). ASGE Standards of Practice Committee -Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointestinal endoscopy*, 81(4), 781–794.doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.048>

Schüz J, Espina C, Villain P, Herrero R, Leon ME, Minozzi S, Romieu I, Segnan N, Wardle J, Wiseman M, Belardelli F, Bettcher D, Cavalli F, Galea G, Lenoir G, MartinMoreno JM, Nicula FA, Olsen JH, Patnick J, Primic-Zakelj M, Puska P, van Leeuwen FE, Wiestler O, Zatonski W. (2015). Working Groups of Scientific Experts. European Code against Cancer 4th Edition: 12 ways to reduce your cancer risk. *Cancer Epidemiol*.39 Suppl 1:S1-10.

Serper, M., Gawron A.J., Smith S.G., Padit, A., Dahlka, A., Bojarki, E., (...) Wolf, M. (2014). Patient factors that affect quality of colonoscopy preparation. *Clin Gastroenterol Hepatol.*, 12(3):451-457. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.07.036>

Sherer, E. A., Imler, T. D., & Imperiale, T. F. (2012). The effect of colonoscopy preparation quality on adenoma detection rates. *Gastrointestinal endoscopy*, 75(3), 545–553. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2011.09.022>

Simões, M.S. (2016). *O Cancro*. Lisboa: Edição eBook: Guidesign.

Sim, J. S., & Koo, J. S. (2016). Predictors of Inadequate bowel preparation and salvage options on colonoscopy. *Clinical endoscopy*, 49(4), 346–349. doi: <https://doi.org/10.5946/ce.2016.094>

Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) (2009). Normas de Avaliação e Garantia de Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Disponível em: https://www.sped.pt/images/Publicacoes_SPED/SPED_20110525152342_Normas_de_Qualidade_em_Endoscopia_Digestiva.pdf

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, L.R., Laversanne M., Soerjomataram L., Jemal, A., Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3): 209–249. Doi: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência

World Health Organization (WHO) (2013). Health literacy The solid facts. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

Valori, R., Rey, J. F., Atkin, W. S., Bretthauer, M., Senore, C., Hoff, G., Kuipers, E. J., Altenhofen, L., Lambert, R., Minoli, G., & International Agency for Research on Cancer

(2012). European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st Ed-Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. *Endoscopy*, 44 Suppl 3, SE88–SE105. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0032-1309795>

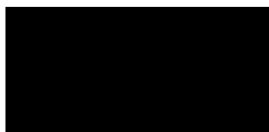
Viana, S. (2019). Caracterização epidemiológica do Carcinoma Colorretal na população da cova da beira. Dissertação de Mestrado em Medicina. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/8857>

Yee, R., Manoharan, S., Hall, C., & Hayashi, A. (2015). Optimizing bowel preparation for colonoscopy: what are the predictors of an inadequate preparation? *The American Journal of Surgery*, 209, 787–792

Ylinen, E. R. (2010). Patients' pain assessment and management during medication-free colonoscopy. Disponível em: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0013-5/urn_isbn_978-952-61-0013-5.pdf

ANEXOS

**Anexo I- Autorização da Direção de Enfermagem para implementação
das consultas de enfermagem telefónicas e do formulário de
satisfação**



HOSPITAL CUF DE COIMBRA



Lisboa, 1 Março 2021

Venho por este meio informar que autorizo a implementação do projeto intitulado "PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO À PESSOA SUBMETIDA A COLONOSCOPIA DE RASTREIO DO CANCRO COLO RETAL : INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM", no serviço de Exames Especiais deste hospital, onde está contemplada a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia, e a aplicação de um questionário de satisfação pós-colonosopia.

Com os melhores cumprimentos







**Anexo II – Protocolo apresentado à Comissão de Ética em Saúde e
respetiva resposta Comissão ética**

Eu, [REDACTED], portadora do cartão de cidadão nº [REDACTED] enfermeira, exerço funções no serviço de exames especiais do [REDACTED]. Em 2019 ingressei, no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área Específica de Intervenção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontrando-me a desenvolver um projeto de intervenção intitulado a “Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal : intervenções de enfermagem”.

Com este projeto pretende-se promover a melhoria dos resultados do rastreio cancro colo-retal através da eficácia da preparação intestinal da pessoa submetida a colonoscopia. A eficácia da preparação intestinal é definida pela European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) como um indicador de qualidade da colonoscopia de rastreio, sendo que esta deverá ser eficaz em pelo menos 90% das colonoscopias.

Com o objetivo de cumprir as metas propostas pela ESGE, para o indicador de qualidade “eficácia da preparação superior ou igual a 90%”, surge a necessidade de implementar melhorias no serviço onde monitorizamos este indicador que apresentou uma taxa de 82% nos anos de 2019 e 2020.

No âmbito do projeto que proponho desenvolver adaptou-se a consulta de enfermagem telefónica já existente no serviço desde Maio de 2020 para rastreio epidemiológico do SARS-COV2, e foram introduzidas intervenções de enfermagem, de educação e aconselhamento referentes à preparação intestinal, com vista à capacitação da pessoa para realizar uma preparação intestinal eficaz.

Paralelamente pretendemos também corresponder às recomendações da ESGE relativamente ao apuramento de outros dois indicadores: Avaliação da dor e conforto da pessoa submetida a colonoscopia, a par da satisfação do cliente com a realização do exame.

Desta forma foi pedido às pessoas que realizaram colonoscopia que respondessem às questões relativas à avaliação destes indicadores.

Decorrente do exposto, venho por este meio solicitar a V. Exa autorização para o tratamento e divulgação dos dados da referida consulta de enfermagem telefônica e das respostas fornecidas pelos clientes que realizaram colonoscopia no período compreendido entre 22 Março 2021 a 16 Abril 2021.

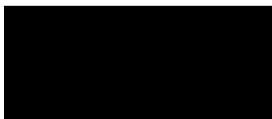
Salvaguardando, que o tratamento dos dados, será realizado de forma anónima, mantendo a confidencialidade dos dados, e realizando a sua publicação a nível académico e institucional.

Anexo a este pedido o projeto de estágio do referido curso, o guia da consulta de enfermagem telefónica, onde consta o pedido de consentimento informado verbal, e o formulário de questões efetuadas.

Para qualquer esclarecimento adicional, estarei disponível em:

[REDACTED]

Antecipadamente grata pelo parecer favorável ao meu pedido, agradeço também a atenção dispensada.



Exma. Senhora



Refª CE - JMS/is - Estudo 97



Assunto: Projeto/estudo 97 - "Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal"

Exma. Senhora Enfermeira

Vimos por este meio informar que após análise do estudo acima identificado, o parecer ético é favorável.

Com os melhores cumprimentos

Prof. João Maia Silva
Presidente da Comissão de Ética

**Anexo III - Escala de Preparação Intestinal de Boston (BBPS)
utilizada no serviço ExE (traduzida)**

Boston Bowel Preparation Scale (BBPS)

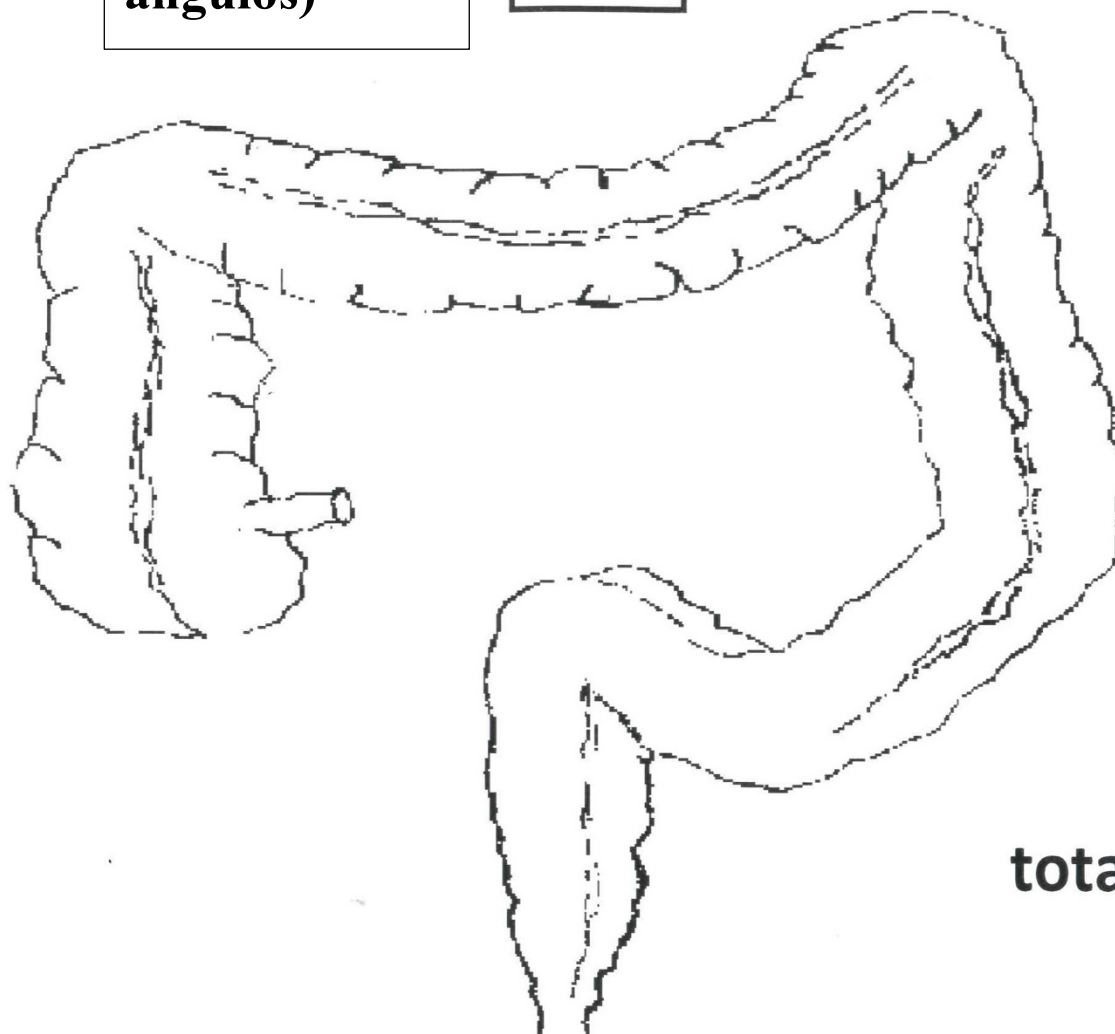
0	Segmento do cólon não preparado, não sendo possível observar a mucosa, pela presença a de fezes sólidas não removíveis.
1	Segmento cólico com parte da mucosa observada, existindo zonas mal visualizadas pela presença de resíduos fecais, inducto escuro (<i>staining</i>) e/ou líquido opaco.
2	Mucosa do segmento cólico bem observada, apesar da presença de pequena quantidade de pequenos resíduos fecais, inducto escuro (<i>staining</i>) e/ou líquido opaco.
3	Mucosa de todo o segmento cólica bem observada, não se constatando a presença a de resíduos fecais nem inducto escuro (<i>staining</i>) nem líquido opaco.

Fonte: Escala de BBPS traduzida e utilizada no Serviço ExE, baseada em : Lai, E. J., Calderwood, A. H., Doros, G., Fix, O. K., & Jacobson, B. C. (2009). The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointestinal endoscopy*, 69 (3 Pt 2), 620–625.
<https://doi.org/10.1016/j.gie.2008.05.057>

**Transverso
(Inclui
ângulos)**



direito



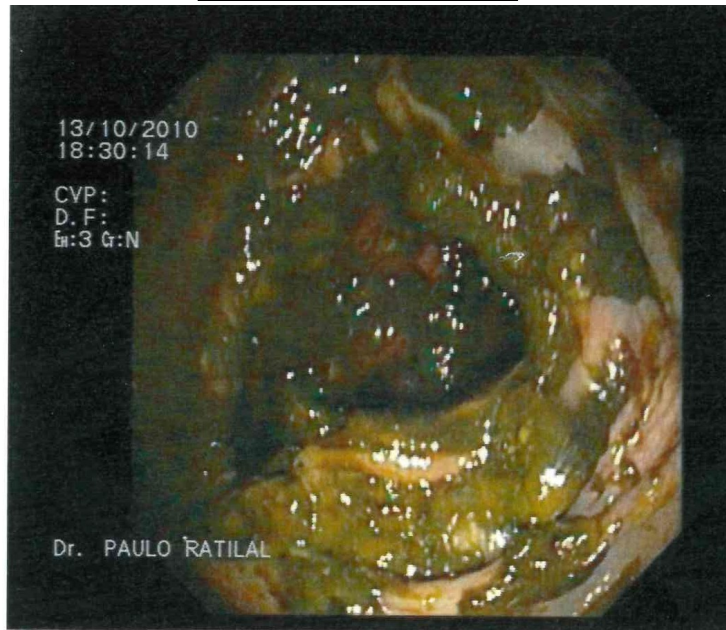
esquerdo



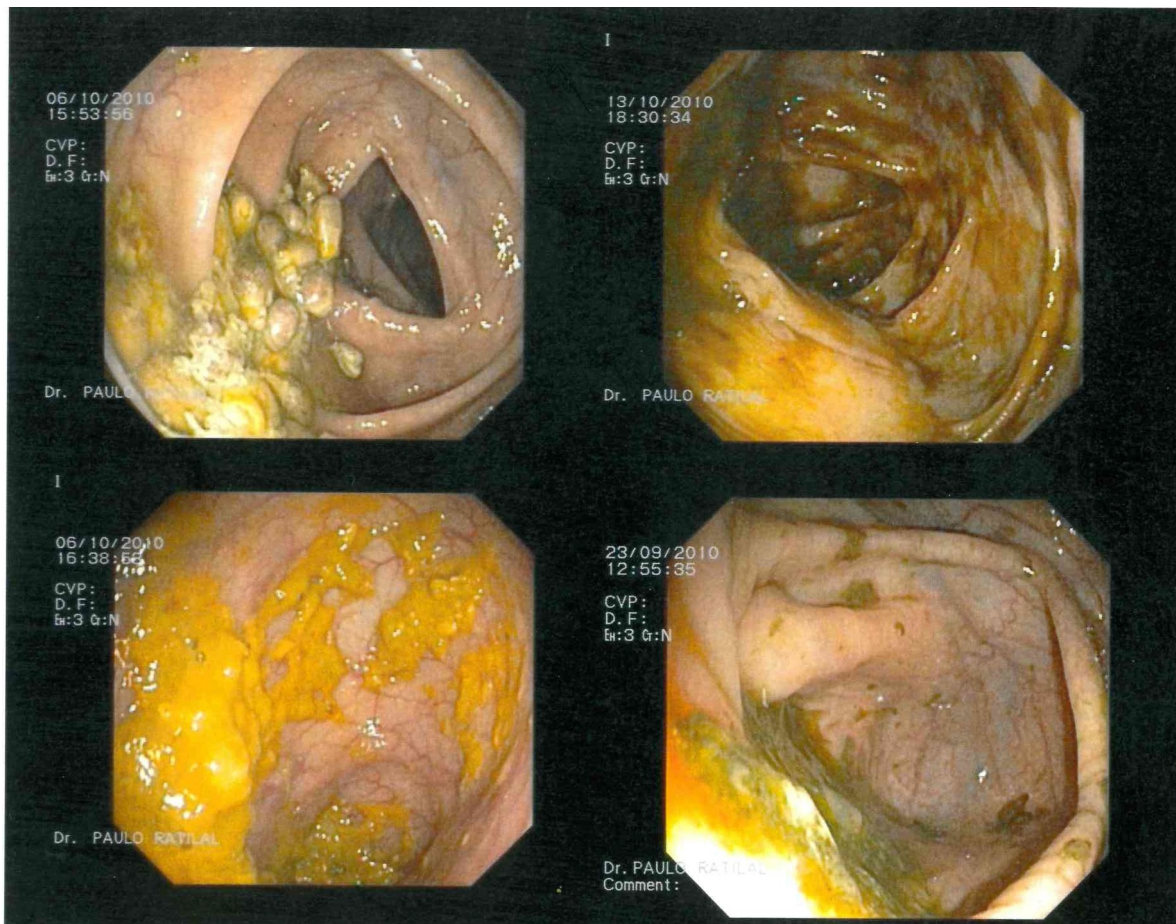
total



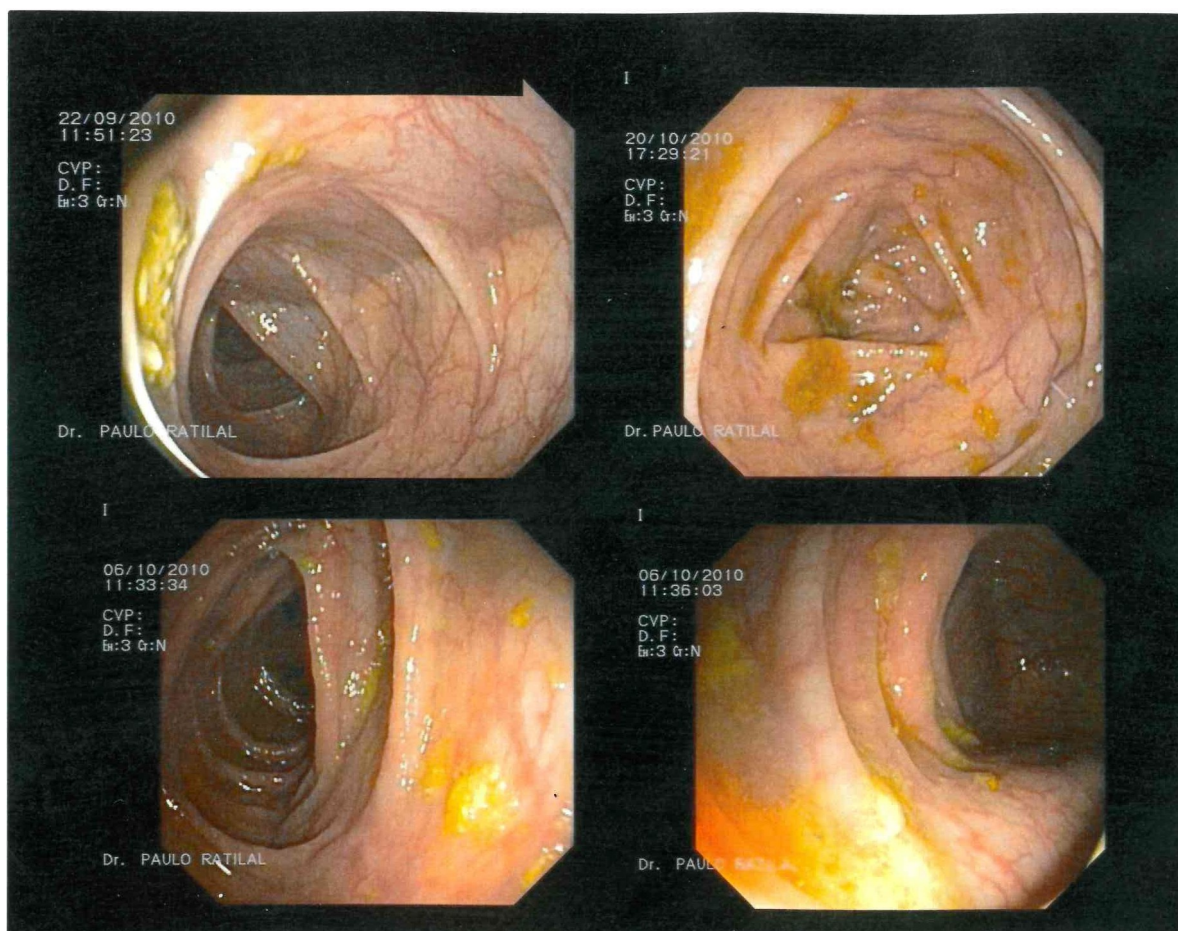
BBPS 0



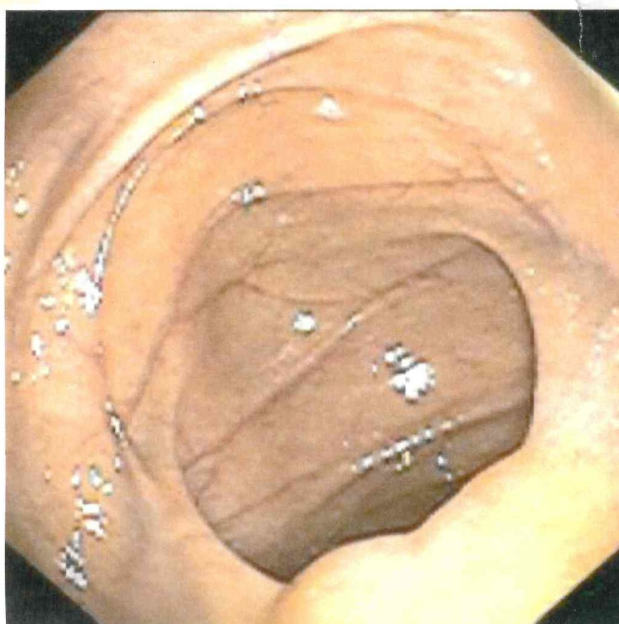
BBPS 1



BBPS 2



BBPS 3



APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de revisão scoping



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA,
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
ONCOLÓGICA**

**Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado ao
indivíduo submetido a colonoscopia de rastreio do cancro colo
retal, em contexto de ambulatório: uma scoping review**

Vanessa Alexandra Aleixo Tojo

Orientador: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa
2021**

INTRODUÇÃO

O cancro continua mesmo na atualidade a ser um problema que carece de intervenção, tanto a nível internacional, como nacional (Favoriti, Carbone, Greco et al, 2016). Em Portugal, acompanhando a tendência europeia, tem-se verificado um aumento constante da taxa de incidência das doenças oncológicas a 3% ao ano. Em 2017 existiram 3852 mortes por neoplasia do cólon, reto e ânus, o que representa 3,5% da taxa de mortalidade do país, sendo também o terceiro tumor com maior incidência a nível nacional (INE, 2019).

Uma das estratégias para diminuir a incidência de cancro em Portugal, que se têm vindo a adotar são as medidas, de prevenção sendo a realização de rastreio do CCR, tido como prioritário (DGS, 2017), e apresentando como objetivo, a cobertura de 100% do rastreio oncológico de base populacional. A cobertura geográfica de rastreios de CCR tem vindo a aumentar desde 2016, ainda que no ano de 2019 das 396.105 pessoas referenciadas para o rastreio apenas 127.330 o realizaram, sendo a taxa de adesão ao rastreio do CCR de 32,1% (DGS, 2019; DGS, 2017). Concomitantemente observa-se uma redução das taxas de mortalidade em 16% desde a implementação do programa de rastreio do CCR (DGS, 2018), o que evidencia a sua pertinência.

A nível nacional, o programa de rastreio do CCR baseia-se na realização de um teste primário com Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes (PSOF), na população assintomática entre os 50 e os 74 anos, sem outros fatores de risco, e nos casos positivos, está indicada a realização de uma colonoscopia total. A colonoscopia, sendo um exame com capacidade diagnóstica e terapêutica (DGS, 2014 b), é considerado o método mais eficaz de rastreio do CCR uma vez que permite a deteção de lesões pré-cancerígenas numa fase inicial em indivíduos assintomáticos (Rex et al, 2017). Mas, como referido acima, as taxas de adesão a este rastreio são baixas, para além de haver exames que não são realizados por as pessoas apresentarem défices de autocuidado relacionado com a preparação intestinal inadequada, ensinios sobre a dieta ou falta de informação ou de empenho do próprio, criando a necessidade de remarcações de exames.

Os enfermeiros são um elemento constituinte da equipa multidisciplinar presente na realização deste exame, tendo um papel preponderante junto da pessoa, salvaguardando a prestação de cuidados individualizados, antes, durante e após a realização de procedimentos endoscópicos (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates, ESGENA, 2004).

A existências de poucos estudos a nível nacional acerca das intervenções de enfermagem numa colonoscopia de rastreio do CCR, faz evidenciar ainda mais a necessidade de investir nesta temática. A nível internacional a literatura existente baseia-se sobretudo no papel do enfermeiro no rastreio do CCR, não especificando o seu papel na colonoscopia como método deste rastreio.

Esta revisão scooping tem como objetivo primordial averiguar as publicações existentes relativas à intervenção de enfermagem relacionadas com a realização de uma colonoscopia de rastreio do CCR, podendo vir a fornecer contributos para a melhoria do cuidados de enfermagem prestados à pessoa que realiza uma colonoscopia de rastreio, pretendendo-se responder à questão: “Quais são as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado ao indivíduo submetido a colonoscopia de rastreio do CCR, necessárias à realização de uma colonoscopia de qualidade, em contexto de ambulatório?”

ESTRATÉGIA DE MÉTODO DE REVISÃO

A revisão realizada baseia-se na metodologia JBI (The Joanna Briggs Institute, 2017) e o modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reweis and Meta-Analyses) para uma melhor organização da informação.

Assim, foi utilizada a estratégia participantes, conceito e contexto (PCC), tendo sido incluídos nesta revisão scoping estudos em que os participantes (P), fossem pessoas adultas (idade superior a 19 anos), em relação ao conceito (C) foram aceites as publicações que incluíssem a realização de uma colonoscopia. E por último o contexto (C), onde foram considerados os textos referentes a exames realizados em ambulatório.

A pesquisa em duas bases de dados científicas foi realizada na EBSCOhost, com recurso aos termos indexados Medical Subject Headings (MeSH): colonoscopy, nursing, prevention, coloretal, e dos operadores booleanos OR e AND. Como critérios de inclusão forem selecionados apenas artigos em full text, na língua portuguesa e inglesa, em pessoas com idade superior a 19 anos, e num limite temporal de 20 anos (Quadro 1).

No que confere à pesquisa, foram utilizados os elementos PCC, apresentados anteriormente, para definir os termos de pesquisa e as combinações possíveis, sendo que a pesquisa tencionou identificar os estudos publicados até dezembro 2020, tendo decorrido em três momentos (Figura 1). Assim, numa primeira parte foi realizada na *CINAHL Plus with texto e na MEDLINE with Full Text*, usando palavras-chave preliminares obtidas a partir da linguagem natural: colonoscopy, nursing, colorectal cancer, quality, prevention. Seguidamente após análise das palavras do título e dos resumos das publicações obtidas, foram definidos os termos de indexação, tendo sido realizados vários testes para definir a melhor estratégia de pesquisa.

Na segunda parte, a partir das palavras-chave identificadas e dos termos de indexação procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus with texto e na MEDLINE with Full Text*. Numa terceira parte foram analisadas as referências bibliográficas das pesquisas anteriores, e procurados estudos não publicados e da literatura cinzenta em websites, tendo sido avaliada a sua relevância pelo título do estudo.

Para esta revisão foram contemplados apenas estudos em língua portuguesa e inglesa, tendo sido removidos as publicações duplicadas, e excluídos os textos que pela leitura do título e/ou resumo não estavam incluídos nos critérios de inclusão.

Os dados recolhidos foram resumidos e registados em tabelas próprias, contemplando os seguintes itens: autor, ano, título, tipo de publicação, país, método, participantes ou amostra, objetivo geral, e intervenção de enfermagem sugerida.

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Adultos (≥ 19 anos)	Idade < 19 anos
Intervenção	Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado para uma colonoscopia de qualidade do rastreio do CCR	-
Desenho do estudo	Qualitativo ou quantitativo Artigos de opinião	-
Linguagem dos estudo	Inglês ou português	Outra língua
Ano de Publicação	2000-2020	Anterior a 2000

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão para a seleção das publicações.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Seguindo as recomendações de uma revisão scoping, os resultados são apresentados em tabelas. Esta será desenhada para se adequar aos objetivos e questão de investigação desta revisão scoping. Para cumprir este objetivo, será elaborado um resumo narrativo que tornará clara a relação entre a informação selecionada e o propósito deste trabalho. Foram identificados 11 artigos na MEDLINE, e 14 na CINAHL (Quadro 2), o que perfaz um total de 25 artigos. Destes foram excluídos 12 por não cumprirem os critérios de inclusão/ exclusão, tendo sido analisados 13 publicações, sendo que 12 delas não se adequavam ao estudo após leitura do resumo. A 1 artigo foram adicionados 5 por literatura cinzenta (Figura 1).

Bases de dados	MEDLINE with Full-text	CINAHL Plus with Full-text
Termos	Colonoscopy quality AND colorectal neoplasms AND Nurse education	Colonoscopy quality AND Colorectal neoplasm AND adult education AND Nurs
Nº artigos disponiveis	11	14

Quadro 2 – Resultados preliminares obtidos dos motores de busca com as palavras chave.

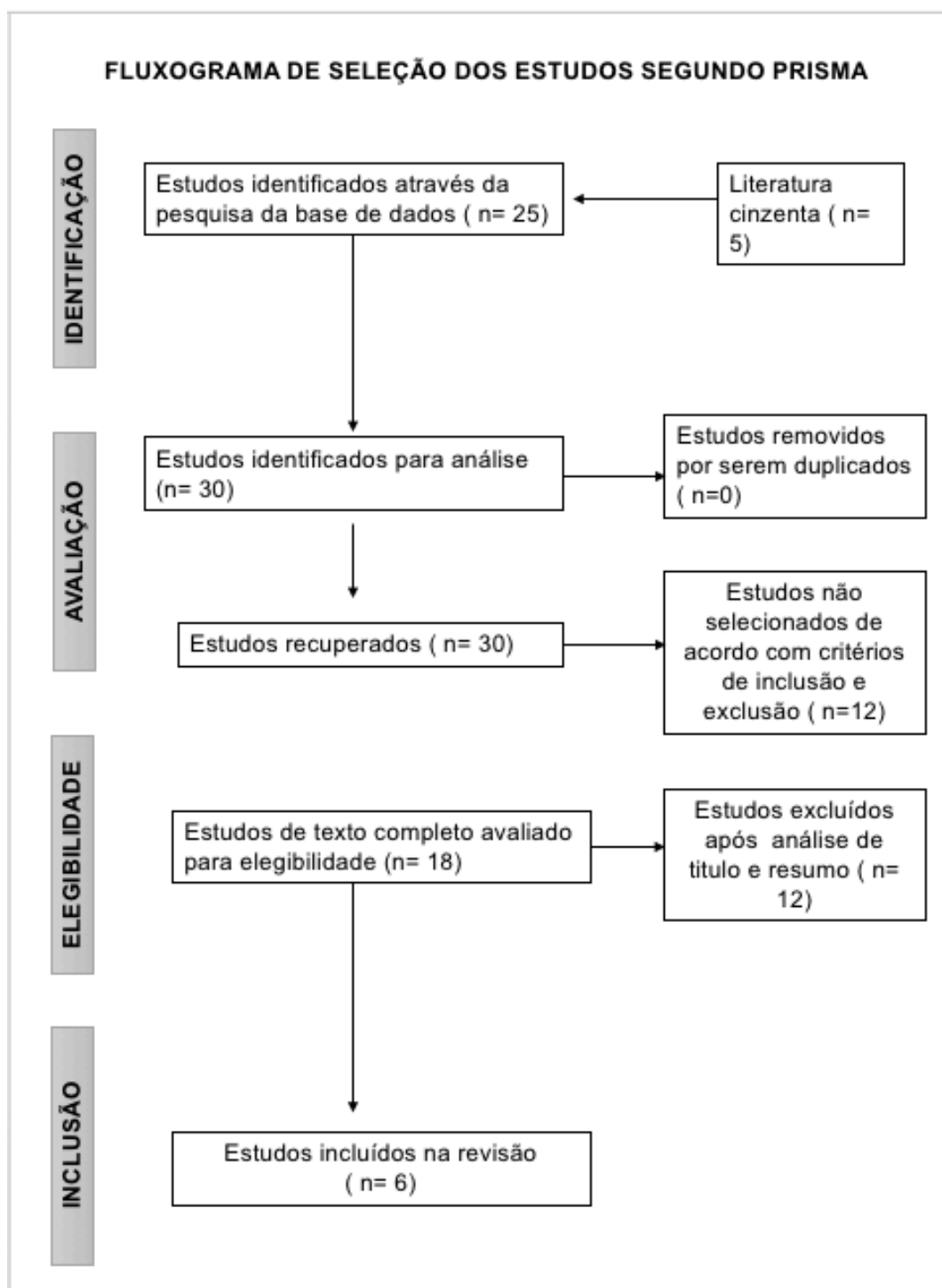


Figura 1- Fluxograma PRISMA (adaptado): Processo de seleção de referências.

EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados da extração de dados dos seis artigos selecionados, estão nos quadros de 4 - 9, como proposto pela JBI (2017).

Quadro nº 4 - Apresentação dos dados do documento *“Impact of Colonoscopy Preparation Video on Boston Bowel Preparation Scale Score”*

Autores e ano da publicação	Ho, L. H., Montealegre, J. R., Al-Arabi, S., Jibaja-Weiss, M. L., & Suarez, M. G. (2019).
Local	Estados Unidos da América - Texas
Método	Estudo Experimental
Intervenção e amostra	1. Educação para a saúde sobre a preparação intestinal, com utilização de vídeos educacionais complementares, além da educação oral e escrita prestadas às pessoas que realizam colonoscopia, em 186 pessoas que realizaram colonoscopia.
Objetivo	Avaliação do impacto de um vídeo de preparação intestinal na qualidade da preparação intestinal.
Extração de dados	Este estudo permitiu concluir que a utilização de um vídeo educacional incorporado nos ensinamentos orais e escritos pré-colonosopia, ajudam a fornecer de uma forma padronizada e eficaz instruções simples sobre a preparação intestinal. A utilização do vídeo traduziu-se na melhoria dos resultados da qualidade da preparação intestinal, contribuindo também para a adesão da pessoa ao exame. A educação para a saúde recorrendo a meios diversificados, contribui para fornecer às pessoas a informação adequada para a realização de uma preparação intestinal de qualidade.

Quadro nº 5 - Apresentação dos dados do documento “Optimizing bowel preparation for colonoscopy: what are the predictors of an inadequate preparation?”

Autores e ano da publicação	Yee, R., Manoharan, S., Hall, C., & Hayashi, A. (2015).
Local	Canada
Método	Estudo retrospectivo
Intervenção e amostra	1. Identificação de fatores de risco associados à qualidade da preparação intestinal; 2. Realização de sessões de educação para a saúde em grupos de 15 pessoas uma semana antes do exame com recurso a power point, em 2101 pessoas que realizaram colonoscopia.
Objetivo	Analisar os fatores associados a preparações inadequadas
Extração de dados	Foi possível concluir que os fatores “sexo masculino”, “acidente vascular cerebral e demência”, “antidepressivos”, “uso de bloqueadores dos canais de cálcio”, “uso de antidepressivos”, e “uso de opióides”, encontram-se associados a um risco aumentado de uma preparação intestinal inadequada. Este grupo salienta ainda que, a taxa de preparação intestinal adequada é elevada (comparativamente a outros estudos semelhantes), porque os enfermeiros realizam sessões de educação sobre a preparação intestinal em grupos de 15 pessoas, uma semana antes da sua colonoscopia. Esta sessão é realizada com recurso a power-point, que inclui: imagens e fotografias da anatomia e de lesões do cólon, instruções claras sobre a dieta e da ingestão da preparação intestinal dadas oralmente e de forma escrita. Para além disso foi facultado a todas as pessoas um número de telefone dos enfermeiros com quem podiam falar antes e após o exame.

Quadro nº 6 - Apresentação dos dados do documento “*Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study.*”

Autores e ano da publicação	Liu, X., Luo, H., Zhang, L., Leung, F. W., Liu, Z., Wang, X., Huang, R., Hui, N., Wu, K., Fan, D., Pan, Y., & Guo, X. (2014).
Local	China
Método	Estudo retrospectivo cego.
Intervenção e amostra	1. Os ensinios realizados no dia anterior à colonoscopia sobre a preparação intestinal aumentam a qualidade desta e a taxa de detecção de adenomas; 2. Maior cumprimento da dieta e das horas de ingestão do produto de limpeza Em 650 pessoas que realizaram colonoscopia.
Objetivo	Avaliar o efeito da intervenção de reeducação por telefone sobre a preparação intestinal no dia anterior à colonoscopia na qualidade da preparação intestinal e na taxa de detecção de pólipos.
Extração de dados	A preparação intestinal foi 81,6% adequada no grupo que recebeu ensinios, face a 70,3% do grupo de controle. Sendo assim possível concluir, que os ensinios realizados no dia anterior à colonoscopia sobre a preparação intestinal aumentam a qualidade desta e a taxa de detecção de adenomas, sobretudo por questões que se prendem com um maior cumprimento da dieta e das horas de ingestão do produto de limpeza, sendo considerado pelos autores o dia anterior como um momento apropriado para realizar os ensinios.

Quadro nº 7 - Apresentação dos dados do documento “*Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials.*”

Autores e ano da publicação	Guo, X., Yang, Z., Zhao, L., Leung, F., Luo, H., Kang, X., Li, X., Jia, H., Yang, S., Tao, Q., Pan, Y., & Guo, X. (2017).
Local	China
Método	Meta-análise
Intervenção e amostra	1. Os oito estudo utilizaram preparações á base de PEG, 4 usaram a prepração em dose dividida, 4 fizeram dieta liquida na véspera da colonoscopia; 2. Três artigos usaram como método o telefone, quatro utilizaram recursos visuais como vídeos, e um fizeram explicações adicionais. Oito ensaios clínicos randomizados
Objetivo	Comparar a qualidade da preparação intestinal entre pessoas que receberam instruções diferenciadas e pessoas que receberam informações padrão.
Extração de dados	O estudo mostra evidência de que instruções diferenciadas melhora significativamente a qualidade da preparação intestinal e a vontade de repetir a preparação em pessoas submetidas a colonoscopia, no entanto é preciso ter em conta que a maioria dos estudos eram do leste asiático e dos EUA, os tipos de preparação utilizadas e a dieta eram distintas entre os oito artigos analisados, e por último as instruções diferenciadas também eram diferentes nos estudos, como instruções em smartphones ou visualização de desenhos animados. Pelo que o efeito da educação diferenciada na colonoscopia requer investigação adicional, para entender melhor os seus benefícios.

Quadro nº 8 - Apresentação dos dados do documento *“Estudo para avaliar o impacto das orientações para pacientes submetidos a exame de colonoscopia”*

Autores e ano da publicação	Andrade, J. C. de, Silva, C. M. da, Botitano, F. K., Carvalho, F. F. de, & Silva Júnior, L. G. da. (2017).
Local	Brasil
Método	Estudo exploratório, descritivo, documental
Intervenção e amostra	1. Consulta de enfermagem realizada as pessoas foram orientadas sobre a melhor maneira de realizar a preparação intestinal; 2. Realizados ensinios sobre a dieta, o consumo de água, e as vantagens de uma preparação adequada em 240 pessoas submetidas a colonoscopia.
Objetivo	Analisar o impacto da consulta de enfermagem na preparação intestinal a pessoas submetidas a colonoscopia.
Extração de dados	Durante a consulta de enfermagem realizada as pessoas foram orientadas sobre a melhor maneira de realizar a preparação intestinal, realizados ensinios sobre a dieta, o consumo de água, e as vantagens de uma preparação adequada. Com esta consulta de enfermagem foi possível obter melhores resultados na qualidade da preparação intestinal, de 26,89% de preparação excelente face a 6,61% do grupo de controle, e 67,22% de preparação adequada face a 41,32% do grupo que não teve consulta de enfermagem. Também o número de pessoas com preparação inadequada no grupo que teve consulta de enfermagem foi inferior 0,84% comparativamente a 7,43% do grupo de controle, comprovando assim os benefícios da realização desta consulta de enfermagem na qualidade da preparação intestinal realizada.

Quadro nº 9 - Apresentação dos dados do documento *“Ações de Enfermagem que contribuem para o preparo da colonoscopia: revisão integrativa.”*

Autores e ano da publicação	Amorim, T. V., Gomes, L. A., Coelho, L. da S., Paiva, A. do C. P. C., Salimena, A. M. de O., Cassimiro, B. L., Viana, S. F. de S., Tavares, A. T. D. V. B., Oliveira, L. G. P., & Nascimento, R. C. N. do. (2020).
Local	Brasil
Método	Revisão integrativa da literatura
Intervenção e amostra	1. Educação para a saúde apresenta um papel importante na preparação intestinal para colonoscopia; 2. Ensinos realizado com recursos a meio lúdicos. Cinco estudos.
Objetivo	Identificar as ações de enfermagem que contribuem para a preparação intestinal para colonoscopia nos serviços de endoscopia.
Extração de dados	Com este estudo foi possível concluir que a educação para a saúde apresenta um papel importante na preparação intestinal para colonoscopia, devendo esta prática com recursos a meios lúdicos, incentivada e apoia na equipa de enfermagem, pelo papel fundamental que possui no âmbito da educação para a saúde. Pelo número reduzido de artigos existentes sobre a temática é uma área que carece de um maior investimento por parte dos enfermeiros.

DISCUSSÃO DOS DADOS

Da análise dos seis artigos analisados, dois deles foram produzidos no Brasil (Amorim et al 2020; Andrade et al 2017), dois na China (Liu et al 2014; Guo et al 2017), um no Canada (Yee et al 2015), e um nos EUA (Ho et al 2019), sendo que em todos eles as intervenções de enfermagem que se prendiam com a educação para a saúde sobre a preparação intestinal se mostraram benéficas para a melhoria da qualidade da preparação intestinal em pessoas que realizaram colonoscopia.

As metodologias educativas que se destacam para a realização dos ensinamentos sobre a preparação intestinal os meios ativos são os que mais se destacam. O recurso a um vídeo educacional complementar aos ensinamentos verbais e escritos já realizados pré-colonosopia, produzindo efeitos na qualidade da colonoscopia (Ho et al, 2019). Na meta-análise realizada por Guo et al (2017), os ensinamentos realizados sobre a preparação intestinal recorreram a diferentes estratégias como a utilização de animações e aplicativos em smartphones, evidenciaram-se como benéficos na melhoria da qualidade da preparação intestinal, bem como na melhoria da experiência da pessoa que realiza colonoscopia, existindo uma maior predisposição para repetir o exame. Para Yee et al (2015), as sessões em grupos de quinze pessoas com recurso a power point com imagens e fotografias da anatomia e de lesões do cólon, e instruções sobre a dieta e a ingestão da preparação, fornecidas de forma oral e escrita. Ensinos realizados com recurso ao telefone, com informações sobre a preparação intestinal, a dieta e o horário de início da preparação intestinal, em que a todos as pessoas no momento da marcação do exame já tinham sido fornecidas informações através de uma consulta presencial, realizando ensinamentos sobre a importância da preparação intestinal, e as suas instruções, recebendo nessa consulta um panfleto com todas as indicações, mostrou-se eficaz no reforço nos ensinamentos realizados melhorando a qualidade da preparação intestinal (Liu et al, 2014). Para Andrade et al (2017), é a consulta de enfermagem sobre a preparação intestinal com ensinamentos sobre a dieta, consumo de água, e as vantagens de uma preparação adequada, que produz efeitos sobre a qualidade da preparação intestinal.

Ainda que os folhetos constituam um bom aliado à realização de ensinios por parte dos enfermeiros, o ensino para a preparação para colonoscopia deve ser marcado pela individualização (Amorim et al, 2020; Guo et al 2017; Andrade et al 2017;)

No que confere ao período de antecedência para a realização de ensinios, apenas dois estudos referem a antecedência, assim para Yee et al (2015), os ensinios de preparação intestinal ocorrem uma semana antes da colonoscopia, já para Liu et al (2014), os ensinios foram realizados um dia antes da colonoscopia.

Por outro lado, a intervenção de enfermagem para realização de ensinios sobre preparação intestinal com reforço da dieta e da hora da ingestão do produto de limpeza intestinal quer com recurso a telefone na véspera do exame (Liu et al, 2014), quer através de uma consulta de enfermagem presencial (Andrade et al, 2017), mostram-se ambos cruciais para a melhoria da taxa de preparação intestinal adequada. Para os autores Liu et al (2014), a véspera do exame constitui-se como o momento mais apropriado para o reforço dos ensinios sobre a preparação.

Também para Amorim et al (2020), a enfermagem tem um papel importante na melhoria da preparação intestinal, devendo existir um investimento por parte dos enfermeiros nesta área, para este autor no que confere aos ensinios realizado sobre a preparação intestinal ações lúdicas e problematizadoras como sessões de grupo promovendo o diálogo, possuem uma maior eficácia comparativamente a métodos tradicionais.

Esta intervenção de enfermagem por meio da educação para a saúde torna-se ainda mais crucial, quando são evidenciados grupos de maior risco para preparações inadequadas como os do sexo masculino, os que sofreram um acidente vascular cerebral ou de demência, e os que tomem habitualmente medicação como opióides, antidepressivos, ou os bloqueadores dos canais de cálcio (Yee et al, 2015).

CONCLUSÃO

A qualidade da preparação intestinal em colonoscopia constitui-se como uma preocupação da unidade de endoscopia. No que concerne aos enfermeiros que trabalham nesta unidade surge a necessidade da sua atuação por meio de garantir uma melhor qualidade de preparação neste tipo de exames, essenciais no rastreio do cancro colo retal.

Assim e pelos seis artigos contemplados nesta revisão scoping, foi possível evidenciar que a educação para a saúde de preparação para a colonoscopia, constitui não só uma mais valia no que confere à melhoria da qualidade da preparação intestinal das pessoas que realizam este exame, como é uma área no âmbito da endoscopia que carece de um maior investimento e desenvolvimento pelas suas vantagens. Sendo assim, a educação para a saúde de diversas formas, a intervenção de enfermagem mais enunciada com impactos positivos na qualidade da colonoscopia.

O número reduzido de artigos sobre esta temática, faz perceber as carências que ainda existem sobre esta temática, no entanto, em termos de limitações desta revisão destaque, a limitação temporal e de língua, podendo existir outros artigos que não tenham sido contemplados nesta revisão por esse motivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amorim, T. V., Gomes, L. A., Coelho, L. da S., Paiva, A. do C. P. C., Salimena, A. M. de O., Cassimiro, B. L., Viana, S. F. de S., Tavares, A. T. D. V. B., Oliveira, L. G. P., & Nascimento, R. C. N. do. (2020). Ações de Enfermagem que contribuem para o preparo da colonoscopia: revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 94(32), e-020062. Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.914>
- Andrade, J. C. de, Silva, C. M. da, Botitano, F. K., Carvalho, F. F. de, & Silva Junior, L. G. da. (2017). Estudo para avaliar o impacto das orientações para pacientes submetidos a exame de colonoscopia. *Varia Scientia - Ciências Da Saúde*, 3 (2), 187–193. Doi: <https://doi.org/10.48075/vscs.v3i2.18106>
- Diário da República (DR) (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Regulamento nº 140, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Acedido a 7-07-2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2014a). Rastreio Oportuníssimo do CCR nº 003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Direção Geral de Saúde (DGS) (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido 7-7-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-884762->

<pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2018). Nota de Imprensa 02/2018 Rastreio do cancro colo retal. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido 2-08-2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/rastreio-do-cancro-colo-rectal.aspx>

Direção Geral de Saúde (DGS) (2019). Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do serviço nacional de saúde e entidades convencionadas. Acedido a 08-10-2021. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf

European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates (ESGENA) (2004). *European Job Profile for Endoscopy Nurses*, 1–13. Acedido a 08-10-2020. Disponível em: <https://www.yumpu.com/en/document/read/5411213/european-job-profile-for-endoscopy-nurses-european-society-of->

Favoriti, P., Carbone, G., Greco, M., Pirozzi F., Pirozzi R., & Corcione F. (2016). Worldwide burden of colorectal cancer: a review. *Updates Surg* 68, 7–11. <https://doi.org/10.1007/s13304-016-0359-y>

Guo, X., Yang, Z., Zhao, L., Leung, F., Luo, H., Kang, X., Li, X., Jia, H., Yang, S., Tao, Q., Pan, Y., & Guo, X. (2017). Enhanced instructions improve the quality of bowel preparation for colonoscopy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastrointestinal endoscopy*, 85(1), 90–97.e6. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.gie.2016.05.012>

Ho, L. H., Montealegre, J. R., Al-Arabi, S., Jibaja-Weiss, M. L., & Suarez, M. G. (2019). *Impact of Colonoscopy Preparation Video on Boston Bowel Preparation Scale Score. Gastroenterology Nursing*, 42(3), 251–258. doi:10.1097/sga.000000000000003

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2019). Causas de morte 2017. Acedido a: 10-06-2021. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358633033&PUBLICACOESmodo=2

Liu, X., Luo, H., Zhang, L., Leung, F. W., Liu, Z., Wang, X., Huang, R., Hui, N., Wu, K., Fan, D., Pan, Y., & Guo, X. (2014). Telephone-based re-education on the day before colonoscopy improves the quality of bowel preparation and the polyp detection rate: a prospective, colonoscopist-blinded, randomised, controlled study. *Gut*, 63(1), 125–130. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304292>

Joanna Briggs Institute (2017). Joanna Briggs Institute Reviewers` Manual: 2017 Edition. Acedido em 5/1/2020. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>

Rex, D. K., Boland, R., Dominitz, J. A., Giardiello, F. M., Johnson, D. A., ... Robertson, D. J. (2017). Colorectal cancer screening: recommendations for physicians and patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *The American Journal Of Gastroenterology*, 1-15. Doi: 10.1038/ajg.2017.174

Yee, R., Manoharan, S., Hall, C., & Hayashi, A. (2015). Optimizing bowel preparation for colonoscopy: what are the predictors of an inadequate preparation? *The American Journal of Surgery*, 209, 787–792

Apêndice II - Grelha de observação das consultas telefónicas de enfermagem

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DAS CONSULTAS TELEFÒNICAS
- Serviço Exames Endoscópicos-

Enfermeiro:

Data:

Sexo:	
Masculino	
Feminino	
Idade:	
Exame a realizar:	
Endoscopia digestiva alta	
Colonoscopia total	
Endoscopia digestiva alta + Colonoscopia total	
Apoio anestésico:	
Sim	
Não	

Apêndice III – Guia da Consulta de Enfermagem Telefónica pré-exame endoscópico

GUIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA PRÉ-EXAME ENDOSCÓPICO

Este documento serve como guia orientador das consultas de enfermagem telefónicas pré-exame endoscópicos realizada pelos enfermeiros deste serviço, com o objetivo de uniformizar esta intervenção de enfermagem, e facilitar a tomada de decisão na realização das mesmas.

Esta consulta deve ser realizada a todos os utentes submetidos a exames gastroenterológicos sete dias antes, com **exceção: doentes internados; consultas de proctologia, cápsulas endoscópicas.**

Assim, no dia da consulta (**7 dias antes**) da data de realização do exame, deve:

- 1º Retirar listagem dos exames agendados para o dia;
- 2º Confirmar com as requisições médicas disponíveis no dossier do secretariado;
- 3º Confirmar marcação de telefonema para consulta de enfermagem no programa informático DocBase®, selecionar esse dia no calendário e autorizar a realização de consulta para o dia;

Atenção: Em caso de realização de consulta num período superior a sete dias antecedentes à data do exame, pedir ao secretariado para introduzir os doentes em consulta de enfermagem telefónica para o respetivo enfermeiro;

- 4º Consultar processo do utente em SClinico® (Antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos; medicação habitual, alergias, hábitos tabágicos e alcoólicos);

5º Registrar os dados do ponto 4, em folha de registos em papel: *Padrão de documentação de enfermagem unidade de técnicas*;

6º Realizar contacto telefónico com o doente:

- Apresentar-se e informar do objetivo do telefonema, para realização de uma consulta de enfermagem telefónica pré-exame, para preparação para o seu exame);
- Confirmar nome completo do utente e data de nascimento;
- Confirmar a presença no exame e o dia e hora deste;
- Lembrar a necessidade de trazer acompanhante, e de não poder conduzir nem trabalhar até 24 horas após o exame;
- Confirmar antecedentes pessoais, medicação habitual e alergias, consumos tabágicos e de álcool;
- Avaliar se a medicação habitual inclui a toma de anticoagulantes, antiagregantes, e Inibidores da bomba de protões (em caso afirmativo, confirmar com médico a necessidade de suspensão);
- Se exame com sedação profunda (com apoio anestésico), realizar questionário anestésico (Anexo I);
- Lembrar de trazer consigo todos os exames e análises realizados (feitos até aos 6 meses);
- Marcação de teste de COVID no dia anterior ao exame (aplicável a exames com apoio anestésico);
- Jejum (pelo menos de 4h antecedentes à hora do exame);
- Em caso de realização de colonoscopia: **Otimizar preparação intestinal com Plenvu®**, excepto aos utentes com insuficiência renal crónica indicação para preparação intestinal com X-Prep®.

- Questionar sobre o padrão habitual;
- Reforçar dieta de 3 dias antes da colonoscopia:

Deve realizar uma dieta ligeira: sem molhos nem gorduras, não como fruta, frutos secos, legumes, saldas, sopa, feijão, grão, ervilhas ou cereais, marmelada e compotas;

Pode comer: Carne ou peixe cozidos ou grelhados, acompanhado com arroz, massa ou batata.

Na véspera do exame: Dieta líquida (Chá, café, sumos sem polpa, caldos de carne, gelatinas que não sejam vermelhas).

- Reforçar a importância de beber a totalidade da preparação;
- Reforçar o cumprimento das horas a tomar a preparação como descrito:

Exame de manhã: Iniciar 1ª dose do Plenvu® às 19h e a 2ª dose às 22h, a seguir a cada dose deve ingerir 500ml de líquidos claros;

Exame de Tarde: Iniciar 1ª dose do Plenvu® às 20h (véspera do exame) e a 2ª dose às 7h (Dia do exame), a seguir a cada dose deve ingerir 500ml de líquidos claros;

7º Registrar informação em DOCbase®, (Anexo I)

Apêndice I
(Guia da consulta de enfermagem telefónica pré-exame endoscópico)

Anexo I – Exemplificação dos registos a realizar em DOCBase[®],

Detalhe do Acto Clínico

Telefonema para Consulta de Enfermagem - 06/01/2021

Acto Clínico

Notas Gerais

Contabilidade

Histórico

Utilitários

Dados Pessoais

Administrativo

Questionário Antec. Notas clínicas

Monitorização

Deste acto clínico Do Acto Clínico

Peso (Kg.): Altura (cm): IMC: SC:

Proteses

Questionário pré-exame

Telefonema conseguido

Data/Hora

Motivo de Exame

Questionário

1. Já teve alguma trombose ou AVC? (especificar < ou > 6 meses) ☐ S ☐ N

2. Tem epilepsia? ☐ S ☐ N

3. Já teve enfarte do miocárdio /angina de peito? (especificar < ou > 6 meses) ☐ S ☐ N

4. Já teve ou tem tensão alta? ☐ S ☐ N

5. Tem alteração do ritmo cardíaco (arritmia) /palpitações? ☐ S ☐ N

6. Costuma ter as pernas inchadas? ☐ S ☐ N

7. Tem falta de ar (deitado, a andar ou subir escadas)? ☐ S ☐ N

8. Já teve ou tem asma, bronquite ou outra doença dos pulmões? ☐ S ☐ N

9. Tem Diabetes mellitus? (especificar ADO/Insulina) ☐ S ☐ N

10. Sangra com facilidade (de feridas/gengivas/nariz)? ☐ S ☐ N

11. Tem anemia? (necessário últimas análises) ☐ S ☐ N

12. Tem ou teve alguma doença das costas, pernas ou braços? (especificar) ☐ S ☐ N

Preencher questionário pré-exame.

Peso, altura e questionário (se exames com apoio anestésico).

Gravar Voltar Fechar

Quadro 1: Preenchimento do questionário pré-exame anestésico.

Detalhe do Acto Clínico

Telefonema para Consulta de Enfermagem - 06/01/2021

Acto Clínico

Questionário Antec. Notas clínicas

Monitorização

Deste acto clínico Do Acto Clínico

Peso (Kg.): Altura (cm): IMC: SC:

Proteses

Questionário pré-exame

16. Teve algum problema com alguma anestesia? ☐ S ☐ N

17. Algum familiar alguma vez teve um problema com a anestesia? ☐ S ☐ N

18. Tem alergias (medicamentos, alimentos, outras)? ☐ S ☐ N

19. Tem infeção conhecida por vírus da Hepatite B ou C ou por HIV? ☐ S ☐ N

20. Consome regularmente bebidas alcoólicas? ☐ S ☐ N

21. Consome drogas? ☐ S ☐ N

22. Se é mulher em idade fértil, há possibilidade de estar grávida? ☐ S ☐ N

23. Já foi operado? Tipo de cirurgia:

Checklist

- Previsão de exame com sedação ☐ S ☐ N

- Foi especificada a necessidade de trazer último ECG ☐ S ☐ N

- Foi especificada a necessidade de trazer últimas análises (troide se pertinente) ☐ S ☐ N

- Anticoagulação / Antagregação ☐ S ☐ N

- Recomendação - Jejum de seis horas de sólidos e líquidos ☐ S ☐ N

- Preparação intestinal recomendada (KP, MP, CF, ...)

- Recomendado reforço de preparação (má exame anterior)

Preenchimento da check-list:

- Necessidade de análises e ECG (exames com apoio anestésico);
- Especificar o tipo de preparação que irá realizar (se aplicável);
- Descrever ensinos realizados para reforço de preparação (reforço de dieta 3 dias antes do exame, cumprimento do horário de toma da preparação intestinal, etc.).

Gravar Voltar Fechar

Quadro 2: Preenchimento do questionário pré-exame anestésico (Cont.).

Detalhe do Acto Clínico

Telefonema para Consulta de Enfermagem - 06/01/2021

Acto Clínico

Questionário Antec. Notas clínicas

Problemas médicos / Patologia associada

Colocar no campo "notas" antecedentes pessoais.

Notas:

Alergias

Sim AF relevantes: Desconhecido

Colocar no campo "notas" alergias conhecidas, ou que desconhece.

Notas:

Medicação em curso

Nome	Posologia	Susp.	Toma
Descrever medicação habitual.			

Cirurgias/Anestésias

Hábitos

Gravar Voltar Fechar

Quadro 3: Descrição dos campos a preencher com antecedentes pessoais, médicos e cirúrgicos, alergias e medicação habitual..

Detalhe do Acto Clínico

Telefonia para Consulta de Enfermagem - 06/01/2021

Acto Clínico

Notas Gerais

Contabilidade

Histórico

Utilitários

Dados Pessoais

Administrativo

Questionário

Antec.

Notas clínicas

Alergias

Sim

AF relevantes: Desconhecido

Notas:

Medicação em curso

Nome	Posologia	Susp.	Toma

Cirurgias/Anestesias

Hábitos

Tabaco Não

Alcool Não

Pack/Ano: ... até: ...

Gr/dia: ... até: ...

Toxicodependência até: ...

Farmacodependência

Actividade

Notas

Preencher hábitos tabágicos, álcool e drogas.

Gravar

Voltar

Fechar

Imprimir

Quadro 4: Preenchimento dos hábitos tabágico, álcool e drogas.

Detalhe do Acto Clínico

Telefonema para Consulta de Enfermagem - 06/01/2021

Acto Clínico

Notas Gerais

Contabilidade

Histórico

Utilitários

Dados Pessoais

Administrativo

Questionário Antec. Notas clínicas

Histórico

Realizar pequena nota de enfermagem sobre telefonema para consulta de enfermagem realizado:

Exemplo:

Realizado telefonema para consulta de enfermagem pré-exame, contacto realizado com (próprio, ou familiar). Realizados ensinamentos sobre suspensão de medicação (especificar), segundo indicação do médico X. Informado sobre a necessidade de realização de teste de Covid dia X, bem como da triagem.

Esclarecidas dúvidas relativamente a X.

Reforçada a necessidade de acompanhante.

Nova Nota

Data: 06/01/2021 12:05

Adicionar

☐ Confidencial

Prof. Saúde

Lidia Amaral (Enfermeir

Função

Enferm

Imprimir

Gravar Voltar Fechar

Quadro 5: Preenchimento do campo “notas gerais”, registando a consulta de enfermagem realizada.

**Apêndice IV –
Quadro do registo do tempo das consultas telefónicas de enfermagem**

148

Apêndice V – Reflexão segundo o ciclo de Gibbs

I. REFLEXÃO SOBRE EVENTO SIGNIFICATIVO

Para a realização desta reflexão será utilizado o modelo do ciclo reflexivo de Gibbs. Este modelo compreende seis etapas: a descrição; a percepção da situação (emoções e sentimentos), a avaliação e análise crítica da situação, as conclusões e como estas poderão ser cruciais para a melhoria de interações futuras semelhantes à descrita no exercício diário de funções. Este modelo permite não só a descrição do indecente, como a exposição dos sentimentos e emoções associadas ao mesmo, assim como planejar novas intervenções de enfermagem baseadas na reflexão realizada (Mendes, 2016).

1.1 Descrição da situação

Na segunda semana de estágio no HEM, e após ter assistido a diversas consultas, houve uma que acabou por me marcar de uma forma diferente, uma vez que acabei por ter mais que uma interação com a pessoa, o que me fez ter uma percepção diferente do impacto que consulta de enfermagem tem na vida das pessoas. A consulta decorreu na sala de ecografia onde, na grande maioria das vezes, decorrem as consultas de enfermagem telefónicas pré-exame. Havia alguma rotatividade de enfermeiros nestas consultas, uma vez que eram realizadas por todos os enfermeiros do serviço, tendo estado já com diferentes enfermeiras, embora naquele dia estivesse com uma enfermeira que já conhecia. Esta enfermeira ia fazer uma consulta ao Srº A. de 57anos, história de já ter realizado duas colonoscopias anteriores, na última evidenciaram-se três pólipos que necessitavam de recessão endoscópica com a maior brevidade possível, uma vez que pelo menos um deles com cerca de 3cm era sugestivo de neoplasia. A primeira colonoscopia foi realizada por queixas de rectorragias, que é uma das indicações da DGS (2014,a), para realizar o exame. Por má preparação intestinal o exame foi interrompido e agendada a segunda colonoscopia, que foi realizada fora de um centro hospitalar, onde mesmo tendo sido detetados os pólipos não os removeram, onde pelas suas dimensões têm indicação para serem removidos em meio hospitalar.

Após a colheita de dados no processo clínico do Srº A., a enfª inicia a consulta de enfermagem telefónica, com sucesso. Após os procedimentos iniciais da consulta, sobre

a apresentação da enfª e a explicação do objetivo da consulta, o utente é informado que a colonoscopia que irá realizar é sem apoio anestésico, sendo imediatamente recusado pelo utente, após vários minutos em que a enfª escutou todos os motivos pelo qual o Srº não queria repetir o exame sem anestesia, seria a terceira colonoscopia em menos de seis meses, após esse momento a enfª pede licença ao Srº para desligar a chamada, e garante que já o volta a contactar. A enfª sai da sala, e tenta encontrar a médica que prescreveu o exame, uma médica do serviço, e comunica à médica que solicitou o exame, que o Srº apenas pretende realizar o exame com apoio anestésico. De facto a exigência do Srº A, enquadra-se na norma da DGS (2014b, p.10), que refere que “Preferencialmente a colonoscopia deve ser realizada sob sedação/anestesia, devendo esta ser efetuada por médico anestesiológista, com a pessoa devidamente monitorizado e sob observação clínica contínua”. Apesar disso, a médica transmite à enfª que não existem vagas disponíveis para realizar o exame do Srº com anestesia, e que este não deve esperar por uma vaga uma vez que a realização da colonoscopia para remoção dos pólipos é urgente.

Assim, com esta informação a enfª, contacta novamente o Sr. º A., sendo informado pela enfª, da importância da realização do exame. Após um longo período em que a enfermeira tenta estabelecer uma relação empática com o Srº, ouvindo-o relativamente às suas expectativas e receios, e transmitindo-lhe a importância para o seu diagnóstico da realização da colonoscopia, e das consequências que a não realização pode ter, com alguma relutância o Srº aceita a realização da colonoscopia nas condições proporcionadas pelo serviço.

Esta teria sido apenas mais uma consulta, no entanto o que acabou por fazer a diferença, foi o facto de na semana seguinte eu ter ficado numa sala de exames, e o utente ao qual tínhamos feito consulta, encontrava-se agora nessa sala.

O facto de ter estado presente aquando da colonoscopia, e decorrente da minha experiência profissional em gastroenterologia, percebi durante a realização do exame, o quanto este era essencial para a saúde do utente, e sobretudo a sua celeridade. A consulta fez de facto diferença uma vez que se não tivesse ocorrido, possivelmente o Srº

não tendo sido informado antecipadamente de como iria decorrer o exame, ou tinha sido avisado da realização do exame por outro profissional que não um enfermeiro, poderia ter motivado à desistência do mesmo. Por outro lado, os ensinamentos da preparação intestinal realizados durante a consulta de enfermagem telefónica, foram eficazes uma vez que, tendo cumprido as indicações dadas encontrava-se com uma preparação intestinal adequada o que permitiu a remoção dos pólipos, um deles muito extenso no cego, contrastando com a preparação intestinal dos exames anteriores que tinha sido ineficaz impedindo a remoção dos mesmos.

1.2 Perceção da situação

Esta consulta de enfermagem em particular, teve um efeito diferente em mim, comparativamente a muitas outras que tive oportunidade de assistir durante o decorrer do estágio. Essa diferença prendeu-se sobretudo por ter existido uma segunda interação com o Sr. A. na sala de exame, tendo-me feito perceber as vantagens que a consulta de enfermagem pode ter, uma vez que, através da comunicação foi criada uma relação empática com o utente, tendo-se mostrado crucial para a tomada de decisão do mesmo, ou como Pontes et al (2008), referem a comunicação, empatia e honestidade são tidas como cruciais para a construção de um vínculo terapêutico com o outro.

Assim, durante esta consulta de enfermagem telefónica, a relação terapêutica foi claramente conseguida, através da comunicação. Participar efetivamente na realização de uma consulta, foi importante para mim, tendo-me feito perceber que, a possibilidade da realização desta consulta de enfermagem nos permite estabelecer uma relação terapêutica potenciadora da melhoria dos cuidados prestados, dando-nos a oportunidade de cuidar deste, mesmo não sendo de forma presencial.

A realização da consulta de enfermagem telefónica, neste Srº fez de facto diferença uma vez que se não tivesse ocorrido, possivelmente o Srº não tendo sido informado antecipadamente de como iria decorrer o exame, ou tendo sido avisado da realização do exame por outro profissional que não um enfermeiro, poderia ter motivado

à desistência do mesmo. Por outro lado, os ensinamentos da preparação intestinal realizados durante a consulta de enfermagem telefônica, foram eficazes uma vez que, tendo cumprido as indicações dadas na consulta encontrava-se com uma preparação intestinal adequada o que permitiu a remoção dos pólipos, um deles muito extenso no cego, contrastando com a preparação intestinal dos exames anteriores que tinha sido ineficaz, segundo informação que foi possível consultar nos exames realizados anteriormente.

1.3 Avaliação

A comunicação em contexto de saúde encerra por si só diversas particularidades, que a tornam de um elevado nível de exigência, sendo agravado se esta ocorrer à distância, como por seja o excesso de informação e de pormenores transmitidos, e um discurso rápido que poderá levar a dificuldades de compreensão (Martins, 2010). Ainda que, a comunicação numa consulta telefônica, se encontre assente nos mesmos de uma comunicação presencial, é importante ter em consideração, a necessidade da criação de uma relação de proximidade com o utente (Martins, 2009). Daí que, as realizações destas consultas constituam uma mais valia para todos os utentes.

Por outro lado, a consulta de enfermagem telefônica proporciona, de uma forma prática e eficaz, o estabelecimento da comunicação com o utente, que possivelmente não ocorreria com todos os constrangimentos de uma consulta presencial com o mesmo objetivo (Martins, 2009). Sendo por isso uma boa ferramenta a utilizar pelos enfermeiros, para a promoção da saúde através da transmissão de informação, e a realização de ensinamentos. No entanto, a realização deste tipo de consultas telefônicas, acarreta enormes desafios para os enfermeiros, que muitas vezes são colocados a realizar estas funções sem o suporte e formação adequada. Tornando-se por isso, essencial a formação e a transmissão de estratégias para os enfermeiros que realizam consultas de enfermagem telefônicas, conferindo-lhe assim o suporte necessário e confiança para a tarefa que irão desempenhar (Martins, 2009). Apesar de o serviço possuir um protocolo para a consulta

de enfermagem telefónica, este carecia de alguns ajustes que já não se encontravam adequados ao procedimento que de facto se realizava.

1.4 Análise

Estas duas situações experienciadas, por um lado a realização da consulta de enfermagem telefónica, e por outro a realização da colonoscopia do Sr. A. fez-me refletir sobre a importância que a realização deste tipo de consultas poderá ter. De facto, a educação para a saúde é uma função inerente aos cuidados de enfermagem, e que proporciona a prevenção de doenças, a promoção da saúde e da qualidade de vida, através da transmissão de conhecimentos (Moreira, 2012), o que foi claramente obtido com sucesso na realização desta consulta, levando à aceitação do utente para a realização do exame.

Não só esta consulta, mas assistir às consultas realizadas neste local de estágio, foi essencial para entender que, o exercido desta função através do recurso ao telefone encerra em si um nível de exigência para o qual nem sempre estamos despertos, uma vez que a comunicação por via telefónica apesar de ser considerada uma mais valia para o utente e a sua família, esta acarreta “um nível de exigência intrínseco ao processo de cuidados num tipo de interação não presencial” (Moreira, 2009, p. 40).

1.5 Conclusões

A realização de uma consulta de enfermagem telefónica encerra em si diversas potencialidades, que ultrapassam aquelas que inicialmente estabeleci aquando a proposta para a implementação desta no serviço onde exerço funções. A intervenção de enfermagem realizada na consulta poderá ter efeitos imediatos na prevenção do CCR, como foi exemplo a situação descrita. Se a consulta de enfermagem não tivesse existido, e não fossem transmitido ao utente a importância da realização do exame com a maior brevidade possível, e com uma preparação adequada contrastando com a de exames

anteriores, o Sr. A. podia não ter comparecido à realização do exame por este não se realizar com apoio anestésico, assim como, a sua comparecer poderia, sem a intervenção da enfermeira que realizou a consulta de enfermagem, ser ineficiente para o objetivo do exame, podendo apresentar uma preparação que se verificaria ineficaz para a completa remoção dos pólipos de grande dimensões, como em colonoscopia anteriores.

Por outro lado a consulta de enfermagem realizada teve em conta os princípios da autonomia e da confidencialidade tem de ser salvaguardados (OE, 2021), assim a consulta com esta enf^a. é um bom exemplo do princípio da autonomia, uma vez que disponibilizou ao Sr. J, todas as informações necessárias relativas a importância da realização do seu exame atempadamente, deixando-o decidir por si em relação aos seus cuidados de saúde, promovendo o autocuidado deste no âmbito da realização da colonoscopia.

1.6 Planear a ação

A possibilidade de realizar o estágio num serviço com a preocupação crescente na melhoria dos cuidados prestados ao utente que realiza exames endoscópicos, tendo-os levado à criação e realização de uma consulta enfermagem pré-exame via telefónica, conferiu-me subsídios para a implementação de uma consulta semelhante no serviço onde exerço funções, cumprindo assim os objetivos a que me propus com a realização deste projeto de estágio.

Referências bibliográficas:

Direção Geral de Saúde (DGS) (2014a). Prescrição de Colonoscopia. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2014, b). Colonoscopia Diagnóstica/ terapêutica no adulto. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido a 7-7-2020. Disponível em:

<http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/12/Colonoscopia-Diagn%C3%B3stica-Terap%C3%A9utica-no-Adulto.pdf>

Martins, M. (200). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente/família com dor crónica. Lisboa: [s.n.], 2009. 220 p.

Mendes, A. P. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica : Subsidio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.

Moreira, C., Bernardo, E., Catunda, H. L., de Souza Aquino, P., Santos, M. C., & Carvalho Fernandes, A. F. (2013). Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 59(3), 401-407. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2013v59n3.505>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1986). “Carta de Ottawa para a promoção da saúde”. Lisboa: Divisão da educação para a saúde.

Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312–318

**Apêndice VI – Questionário aos enfermeiros sobre a pertinência da
consulta de enfermagem telefónica pré-exame**

(Questionário aplicado em GOOGLE FORMS- Apêndice I)

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO SOBRE CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA PRÉ-EXAME

Caro(a) Colega,

Este questionário está inserido no projeto de estágio do 11º curso de Mestrado e Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área Específica de Intervenção de Enfermagem Oncológica da ESEL, intitulado de “Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colorectal: intervenções de enfermagem”.

Com ele pretendo conhecer a opinião que os enfermeiros, que exerçam funções num serviço que realiza exames de diagnóstico de gastroenterologia, tem relativamente à realização de uma consulta de enfermagem antecedente a uma colonoscopia.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário que ocupará cerca de 10 minutos.

Qualquer tipo de informação adicional poderá ser solicitado através do email

[Redacted email address]

Agradeço atempadamente a sua participação.

[Redacted signature]

O questionário é anónimo e confidencial sendo os seus dados, depois de tratados analisados, divulgados no relatório final do curso referido. Caso consinta este uso, agradeço que coloque uma cruz no quadrado. ☐

1. Dados sociodemográficos e profissionais:

1.1 Sexo: Masculino Feminino

1.2 Idade: ____ anos

1.3 Número de anos de exercício profissional: ____

1.4 Número de anos que exerce funções num serviço de exames de gastroenterologia: ____

1.5 Formação académica: Licenciatura; Especialidade; Mestrado; Doutoramento; Pós-graduação.

2. Rastreio Cancro colorectal:

2.1 Considera o cancro colorectal como um tipo de doença oncológica que carece de uma maior intervenção em Portugal? Sim; Não.

2.2 A intervenção de enfermagem tem um papel essencial no rastreio do cancro colorectal ? Sim; Não.

2.3 Se sim, de que forma? _____

3. Consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia:

3.1 Considera a consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia necessária? Sim; Não.

3.2 Qual considera ser a finalidade da consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia? *(Poderá selecionar mais que uma opção)*

- Evitar não comparência / desistência do exame;
- Realização de ensinios relativamente à preparação do exame;
- Providenciar a suspensão de medicação;
- Fornecer informações sobre acompanhante;
- Outra: Qual? _____;

3.3 Para si, a consulta deveria ser: Presencial __; Telefónica__.

3.4 No seu contexto realiza consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia? Sim não

3.5 Se sim, é telefónica ou presencial?

4. Consultas de enfermagem telefónicas:

4.1 No serviço onde exerce funções a consulta de enfermagem telefónica apresenta objetivos específicos? Sim; Não.

4.2 Se sim, quais? _____;

4.3 Da sua experiência, quais são as maiores dificuldades em relação à realização da consulta de enfermagem telefónica? _____.

4.4 Considera necessário fazer formação sobre a as consultas de enfermagem telefónicas? Sim; Não.

4.5 A consulta de enfermagem telefónica possui um procedimento, no qual baseia o seu telefonema? Sim; Não.

4.6 Considera que esse procedimento está adequado à consulta de enfermagem telefónica realizada? Sim; Não.

4.7 Se não, como considera que poderia ser melhorado? _____.

4.8 A consulta de enfermagem telefónica é percecionada por si como uma sobrecarga de trabalho? Sim; Não.

4.9 Se sim, porque? _____.

4.10 Na sua opinião os ensinios realizados sobre a preparação intestinal, poderão conduzir a uma melhoria da eficácia da preparação? Sim; Não.

4.11 Se sim, de que forma? _____.

5. Indicadores de qualidade

5.1 Tem conhecimento dos indicadores de qualidade monitorizados no seu serviço? Sim; Não.

5.2 Se sim, quais conhece? _____.

5.3 Considera que no seu serviço existe uma estratégia para melhorar a qualidade da preparação intestinal? Sim; Não.

5.4 Se sim, qual é a estratégia? _____.

5.5 No serviço onde exerce funções, a preparação intestinal é avaliada? Sim;
Não

5.6 Se sim, qual a escala que utilizam? _____.

5.7 Enquanto enfermeiro (a) procura garantir que o utente se encontra devidamente esclarecido relativamente ao exame que vai realizar? Sim;
Não.

5.8 De que forma? _____.

Obrigada pela sua colaboração

**Apêndice I – Google Forms® do Questionário aos enfermeiros sobre a
pertinência da consulta de enfermagem telefónica pré-exame**

CONSULTA DE ENFERMAGEM

***Obrigatório**

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO SOBRE CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA PRÉ- EXAME

Caro(a) Colega,

Este questionário está inserido no projeto de estágio do 11º curso de Mestrado e Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área Específica de Intervenção de Enfermagem Oncológica da ESEL, intitulado de "Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colorctal: intervenções de enfermagem".

Com ele pretendo conhecer a opinião dos enfermeiros, que exerçam funções num serviço que realiza exames de diagnóstico de gastroenterologia, tem relativamente à realização de uma consulta de enfermagem antecedente a uma colonoscopia.

Solicito a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, que lhe ocupará cerca de 10 minutos.

Qualquer tipo de informação adicional poderá ser solicitada através do email vatojo@campus.esel.pt.

Agradeço atempadamente a sua participação.

Vanessa Aleixo Tojo

1. O questionário é anónimo e confidencial sendo os seus dados, depois de *
tratados analisados, divulgados no relatório final do curso referido. Caso consinta
este uso, agradeço que coloque uma cruz no quadrado.

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Sim, consinto.

Dados sociodemográficos e profissionais

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

3. Idade *

4. Formação académica *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Licenciatura;
☐ Especialização;
☐ Pós-graduação;
☐ Mestrado;
☐ Doutoramento.

5. Número de anos de exercício profissional? *

6. Número de anos que exerce funções num serviço de exames de gastroenterologia? *

Rastreio Cancro Coloretal7. Considera que, no âmbito do rastreio oncológico em Portugal, o cancro colorectal *
carece de uma maior intervenção?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim;
☐ Não.

8. A intervenção de enfermagem tem um papel ativo no rastreio do cancro colorectal ? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não. *Avançar para a pergunta 10*

9. De que forma?

Consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia

10. Considera a consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia necessária? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

11. Qual considera ser a finalidade da consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Evitar não comparência / desistência do exame;
- ☐ Realização de ensinios relativamente à preparação do exame;
- ☐ Providenciar a suspensão de medicação;
- ☐ Fornecer informações sobre acompanhante;
- ☐ Outra.

12. Qual?

13. Para si, a consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia deveria ser: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Presencial;
☐ Telefónica.

14. No seu contexto, realiza consulta de enfermagem de preparação para colonoscopia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim;
☐ Não. *Avançar para a pergunta 27*

15. Se sim, é: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Telefónica;
☐ Presencial. *Avançar para a pergunta 27*

Consulta de Enfermagem Telefónica

16. No serviço onde exerce funções a consulta de enfermagem telefónica apresenta objetivos específicos? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim;
☐ Não.

17. Se sim, quais?

18. Da sua experiência, quais são as maiores dificuldades em relação à realização da consulta de enfermagem telefónica? *

19. Considera necessário fazer formação sobre a consultas de enfermagem telefónica? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim;
- ☐ Não.

20. A consulta de enfermagem telefónica realizada no seu serviço, possui um procedimento, no qual baseia o seu telefonema? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim;
- ☐ Não.

21. Considera que esse procedimento está adequado à consulta de enfermagem telefónica realizada? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

22. Se não, como considera que poderia ser melhorado?

23. A consulta de enfermagem telefónica, é percebida por si como uma sobrecarga de trabalho? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

24. Se sim, porque?

25. Na sua opinião, os ensinios realizados na consulta de enfermagem sobre a preparação intestinal, poderão conduzir a uma melhoria da eficácia da preparação? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

26. Se sim, de que forma? *

Indicadores de qualidade

27. Tem conhecimento dos indicadores de qualidade monitorizados no seu serviço? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

28. Se sim, quais conhece?

29. Considera que no seu serviço existe uma estratégia para melhorar a qualidade da preparação intestinal? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

30. Se sim, qual é a estratégia?

31. No serviço onde exerce funções, a preparação intestinal é avaliada? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

32. Se sim, através de que escala?

33. Enquanto enfermeiro (a) procura garantir que o utente se encontra devidamente esclarecido relativamente ao exame que vai realizar? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

29. Considera que no seu serviço existe uma estratégia para melhorar a qualidade da preparação intestinal? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

30. Se sim, qual é a estratégia?

31. No serviço onde exerce funções, a preparação intestinal é avaliada? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

32. Se sim, através de que escala?

33. Enquanto enfermeiro (a) procura garantir que o utente se encontra devidamente esclarecido relativamente ao exame que vai realizar? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim;

☐ Não.

Apêndice VI – Guião da consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia

(Questionário aplicado em GOOGLE FORMS- Apêndice I)

A colonoscopia como meio de rastreio do cancro colo-retal, assume-se como um método que permite a deteção precoce de lesões colo-retais precursoras de malignidade, tendo um papel crucial na redução da incidência e mortalidade para este tipo de neoplasia. A European Society of Gastrointestinal Endoscopy (Rembacken et al, 2012), definiu com um indicador de qualidade de uma colonoscopia de rastreio, a “preparação intestinal”. Pretende-se que pelo menos 90% das pessoas que fazem colonoscopias, num ano tenham preparação considerada adequada, com avaliação pela BBPS (Liu et al 2014).

Afim, de cumprir as taxas propostas para este indicador de qualidade surge a criação desta consulta de enfermagem telefónica.

Este documento define o procedimento da consulta de enfermagem telefónica a realizar pelos enfermeiros do serviço dos Exames [REDACTED] aos clientes que irão realizar colonoscopia.

A consulta telefónica de enfermagem pré-colonosopia deverá ser realizada de segunda a sexta pelos enfermeiros dos Exames Especiais, a todos os clientes com colonoscopias marcadas, entre as 48h-96h antecedentes ao exame.

É importante que, com este telefonema os enfermeiros consigam transmitir ao cliente a importância de uma preparação intestinal de boa qualidade, uma vez que só assim é possível a completa visualização do cólon, e a deteção de lesões que poderão ser excisadas ou biópsadas, esclarecendo-o, motivando-o para a exame, e disponibilizando-se para o esclarecimento de dúvidas (Rembacken et al, 2012).

Deverá ser solicitada aos administrativos do serviço, para o dia da consulta, a lista dos exames marcados aos administrativos do serviço, e utilizado para contato o número

de telefone que consta na ficha do cliente que foi facultado pelo próprio ou pessoa significativa.

O instrumento de colheita de dados da consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia está disponível em Google forms® (Apêndice I) para posterior tratamento estatístico dos dados, autorizada pela Comissão de Ética em Saúde.

A consulta de enfermagem telefónica deverá ser realizada com o próprio ou se impossível, com uma pessoa significativa, devidamente identificada.

Procedimento da consulta de enfermagem telefónica

1. Apresentação do enfº que realiza a consulta de enfermagem telefónica

1.1 No contato inicial do telefonema o enfermeiro deve:

- a) Identificar-se pelo primeiro e último nome;
- b) Identificar a sua instituição de trabalho;
- c) Confirmar a identificação do interlocutor;
- d) Questionar se o contacto é oportuno;
- e) Explicar ao cliente o objetivo da consulta de enfermagem telefónica e obter o seu consentimento verbal, para registar os dados e submete-los a um tratamento estatístico que será divulgado em documento próprio.

1.2 CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do projeto de intervenção desenvolvido pela [REDACTED], intitulado “Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal : intervenções de enfermagem”, inserido no 11º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, pretende-se melhorar a eficácia da preparação intestinal com a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica.

Para a obtenção dos dados desejados, pretende-se realizar seguidamente a consulta onde serão colocadas algumas questões socio-demográficas, antecedentes pessoais, bem como serão fornecidas as informações necessárias para a realização do seu exame, solicitando para isso a

sua autorização. A informação recolhida será confidencial e anónima. Os resultados obtidos neste trabalho, visam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal.

Após o exposto considera-se esclarecido, dando a sua autorização, para que as respostas que dá sejam tratados e estatisticamente e publicados num relatório. Garantimos que a sua recusa não terá qualquer consequência para si.

Sim ☐ Não ☐

1.3 Realizar a entrevista segundo o instrumento de colheita de dados que se segue:

2. Registrar, data e hora do início do telefonema, seleccionar o nome do médico que irá realizar o exame;
3. Registrar dados sócio-demográficos do cliente:
 - a) Sexo;
 - b) Idade;
 - c) Habilitações literárias.
4. Confirmar exame que irá realizar:
 - a) Colonoscopia total;
 - b) Endoscopia Digestiva Alta e Colonoscopia total.
5. Confirmar se o exame irá ser realizado com ou sem apoio anestésico;
6. Registrar o motivo do exame:
 - a) Rastreio Cancro Colo-retal;
 - b) Outro. Qual?
7. Questionar se recebeu as instruções sobre a preparação do exame a realizar;
8. Questionar se recebeu o consentimento informado?
9. Questionar se é a primeira vez que realiza colonoscopia;
10. Confirmar o tipo de preparação que vai realizar: Plenvu[®]; Plenvu[®] + Dulcolax[®]; Plenvu[®] – Dose dividida. Outra. Qual?

11. Avaliar o padrão defecatório, perguntando quantas vezes evacua por semana? Até 3 vezes por semana; de 4 a 6 vezes por semana; 7 vezes por semana; mais de 7 vezes por semana.

12. Avaliar e gerir a informação que a pessoa tem sobre a alimentação pré-exame:

- a) No 3º e 2º dia antes do exame deve fazer uma dieta pobre em resíduos (não deve ingerir hortaliças, saladas, frutas com pevides, grainhas ou casca, feijão, grão, ervilhas, favas ou milho);
- b) Deve evitar o leite e os iogurtes;
- c) Dar exemplos do que **pode ingerir**: Chá, café, pão branco, peixes e carnes magras (vaca, vitela, galinha), massa, arroz, batata. Caldos de carne;
- d) **Na véspera do exame** terá de fazer uma dieta líquida, poderá beber água, chá, sumos de fruta sem polpa, bebidas transparentes não alcoólicas e não gaseificadas, gelatina excepto de cor vermelha, e caldos de carne (sem ingerir a carne).

13. Preparação intestinal Plenvu® (Selecionar a opção):

Opção A – Plenvu®:

- a) A preparação intestinal com Plenvu® deverá ser iniciada **10h antes** da hora da realização do exame, tendo estado três horas antes em jejum;
- b) Deve ser reforçado que é crucial para uma boa preparação que ingira o líquido na totalidade;
- c) O Plenvu® é composto por duas doses, a primeira com uma saqueta dissolvida em 500ml de água, a segunda com duas saquetas A e B dissolvida em 500ml água. E entre cada dose deve ingerir pelo menos 500ml de líquidos claros, sendo o ideal 1000ml;
- d) Sugerir a preparação do Plenvu® com água fria;
- e) Deverá ser ingerida lentamente, em pequenos goles ou por uma palhinha;

- f) O cliente tem de cumprir um jejum de 6h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos.

Opção B – Plenvu® + Dulcolax® :

- a. A preparação intestinal com Plenvu® deverá ser iniciada **10h antes** da hora da realização do exame, tendo estado três horas antes em jejum;
- b. Deve ser reforçado que é crucial para uma boa preparação que ingira o líquido na totalidade;
- c. O Plenvu® é composto por duas doses, a primeira com uma saqueta dissolvida em 500ml de água, a segunda com duas saquetas A e B dissolvida em 500ml água. E entre cada dose deve ingerir pelo menos 500ml de líquidos claros, sendo o ideal 1000ml;
- d. Sugerir a preparação do Plenvu® com água fria;
- e. Deverá ser ingerida lentamente, em pequenos goles ou por uma palhinha;
- f. Tomar dois comprimidos de Dulcolax® de cada vez, nas 48 e 24 horas antecedentes ao exame;
- g. O cliente tem de cumprir um jejum de 6h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos.

Opção C – Plenvu® – Dose dividida:

- a. Deve ser reforçado que é crucial para uma boa preparação que ingira o líquido na totalidade;
- b. O Plenvu® é composto por duas doses, a primeira com uma saqueta dissolvida em 500ml de água, a segunda com duas saquetas A e B dissolvida em 500ml água. E entre cada dose deve ingerir pelo menos 500ml de líquidos claros, sendo o ideal 1000ml;
- c. Sugerir a preparação do Plenvu® com água fria;
- d. A primeira dose preparação intestinal com Plenvu® deverá ser iniciada **18h antes** da hora da realização do exame, tendo estado três horas antes em jejum;

- a. A Segunda dose de Plenvu® deverá ser iniciada **6 horas** antes da hora de realização do exame:
- b. Deverá ser ingerida lentamente, em pequenos goles ou por uma palhinha;
- c. O cliente tem de cumprir um jejum de 4h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos;

14. Antecedentes Pessoais

15. Antecedentes cirúrgicos

16. Alergias

17. Verificar se toma algum antiagregante ou anticoagulante, e se tem as indicações necessárias sobre a suspensão.

18. Confirmar que é portador das análises e exames necessários ao exame: Hemograma, plaquetas, INR, aPTT, ECG, Rx Tórax, e teste SARS-COV 2;

19. Informar, que tem que sair do Hospital acompanhado e permanecer o resto do dia em casa, também acompanhado, a repousar. Não pode trabalhar, conduzir nem manobrar máquinas perigosas nas 24 horas seguintes;

20. Questionar se tem mais alguma dúvida;

21. Disponibilizar o número do serviço de Exames Especiais (Seg. a Sex. 8h-20h);

22. Registrar a hora do fim do telefonema.

23. Após o exame, registrar avaliação da escala BBPS: Colon direito __ ; Colon transversal __; Colon esquerdo __; Total BBPS: ____ .

Apêndice I - Google Forms® do guião da consulta de enfermagem telefónica pré-colonosopia

CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA

Serviço Exames Especiais

ESEL V.Tojo V2

*Obrigatório

Procedimento da consulta de enfermagem telefónica

Apresentação do en^l que realiza a consulta de enfermagem telefónica

No contato inicial do telefonema o enfermeiro deve:

- a) Identificar-se pelo primeiro e último nome;
- b) Identificar a sua instituição de trabalho;
- c) Confirmar a identificação do interlocutor;
- d) Questionar se o contacto é oportuno;
- e) Explicar ao cliente o objetivo da consulta de enfermagem telefónica e obter o seu consentimento verbal, para registar os dados e submete-los a um tratamento estatístico que será divulgado em documento próprio.

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do projeto de intervenção desenvolvido pela enfermeira Vanessa Tojo, intitulado "Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal : intervenções de enfermagem", inserido no 11º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, pretende-se melhorar a eficácia da preparação intestinal com a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica.

Para a obtenção dos dados desejados, pretende-se realizar seguidamente a consulta onde serão colocadas algumas questões socio-demográficas, antecedentes pessoais, bem como serão fornecidas as informações necessárias para a realização do seu exame, solicitando para isso a sua autorização. A informação recolhida será confidencial e anónima. Os resultados obtidos neste trabalho, visam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal.

Após o exposto considera-se esclarecido, dando a sua autorização, para que as respostas que dá sejam tratados e estatisticamente e publicados num relatório. Garantimos que a sua recusa não terá qualquer consequência para si.

1. Declara que foi esclarecido e autoriza a participação: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

2. Realizado por: *

Marcar apenas uma oval.

☐ Vanessa Tojo

3. Antecedência: *

Marcar apenas uma oval.

☐ 48h

☐ 72h (3 dias antes)

☐ 96h (4 dias antes)

4. Nº processo (HCD): *

5. Data: *

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

6. Hora início: *

Exemplo: 08:30

7. Contato realizado com o próprio? *

Marcar apenas uma oval.☐ Sim☐ Não☐ Não atendeu *Avançar para a pergunta 36*☐ Desmarcou o exame *Avançar para a pergunta 36*

8. Se não, identificar o interlocutor:

Dados sócio-demográficos:

9. Idade: *

10. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.☐ Masculino☐ Feminino

11. Habilitações literárias: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Ensino Básico
☐ Ensino primário
☐ Ensino secundário
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Douturamento

Informações sobre o tipo de exame e gastroenterologia a realizar:

12. Confirmar o exame a realizar: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Colonoscopia total
☐ Endoscopia Digestiva alta + Colonoscopia total

13. Com apoio anestésico? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

14. Recebeu as instruções sobre a preparação intestinal do exame a realizar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

15. Recebeu o consentimento informado? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

Experiência anterior de exames de gastroenterologia:

16. É a primeira vez que realiza: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

17. Motivo do exame: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Rastreio Cancro colo-retal
☐ Outra: _____

Se for a primeira vez

18. Preparação que vai realizar para esta colonoscopia? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ PlenVu;
☐ PlenVu + Dulcolax;
☐ PlenVu (Dose Divida); *Avançar para a pergunta 26*
☐ Outra

19. Quantas vezes por semana evacua? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ até 3 vezes por semana
☐ de 4 a 6 vezes por semana
☐ 7 vezes por semana
☐ mais de 7 vezes por semana

PlenVu

Avaliar e gerir a informação que o cliente tem sobre a alimentação pré-exame:

20. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Realizado ensino	Não realizado ensino	Não Aplicável
No 3º e 2º dia antes do exame deve fazer uma dieta pobre em resíduos (não deve ingerir hortaliças, saldas, frutas com pevides, grainhas ou casca, feijão, grão, ervilhas, favas ou milho);	☐	☐	☐
Deve evitar o leite e os iogurtes	☐	☐	☐
Dar exemplos do que pode ingerir: Chá, café, pão branco, peixes e carnes magras (vaca, vitela, galinha), massa, arroz, batata. Caldos de carne;	☐	☐	☐
Na véspera do exame terá de fazer uma dieta líquida, poderá beber água, chá, sumos de fruta sem polpa, bebidas transparentes não alcoólicas e não gaseificadas, gelatina expecto de cor vermelha, e caldos de carne (sem ingerir a carne).	☐	☐	☐

Avaliar e gerir a informação que o cliente tem sobre a ingestão da preparação intestinal:

21. PLENVU *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Realizado ensino	Não realizado ensino	Não Aplicável
A preparação intestinal com PLENVU deverá ser iniciada 10h antes da hora da realização do exame, tendo estado três horas antes em jejum;	☐	☐	☐
Deve ser reforçado que é crucial para uma boa preparação que ingira o líquido na totalidade;	☐	☐	☐
O PLENVU é composto por duas doses, a primeira com uma saqueta dissolvida em 500ml de água, a segunda com duas saquetas A e B dissolvida em 500ml água, entre cada dose deve ingerir pelo menos 500ml de líquidos claros;	☐	☐	☐
Sugerir a preparação do PLENVU com água fria;	☐	☐	☐
Deverá ser ingerida lentamente, em pequenos goles	☐	☐	☐
Cumprir um jejum de 6h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos;	☐	☐	☐

22. *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Informar, que tem que sair do Hospital acompanhado e permanecer o resto do dia em casa, também acompanhado, a repousar. Não pode conduzir nem manobrar máquinas perigosas nas 24 horas seguintes;

PlenVu + Dulcolax

Avaliar e gerir a informação que o cliente tem sobre a alimentação pré-exame:

23. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Realizado ensino	Não realizado ensino	Não Aplicável
No 3º e 2º dia antes do exame deve fazer uma dieta pobre em resíduos (não deve ingerir hortaliças, saldas, frutas com pevides, grainhas ou casca, feijão, grão, ervilhas, favas ou milho);	☐	☐	☐
Deve evitar o leite e os iogurtes	☐	☐	☐
Dar exemplos do que pode ingerir: Chá, café, pão branco, peixes e carnes magras (vaca, vitela, galinha), massa, arroz, batata. Caldos de carne;	☐	☐	☐
Na véspera do exame terá de fazer uma dieta líquida, poderá beber água, chá, sumos de fruta sem polpa, bebidas transparentes não alcoólicas e não gaseificadas, gelatina excepto de cor vermelha, e caldos de carne (sem ingerir a carne).	☐	☐	☐

Avaliar e gerir a informação que o cliente tem sobre a ingestão da preparação intestinal:

24. PLENVU *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Realizado ensino	Não realizado ensino	Não Aplicável
A preparação intestinal com PLENVU deverá ser iniciada 10h antes da hora da realização do exame, tendo estado três horas antes em jejum;	☐	☐	☐
Deve ser reforçado que é crucial para uma boa preparação que ingira o líquido na totalidade;	☐	☐	☐
O PLENVU é composto por duas doses, a primeira com uma saqueta dissolvida em 500ml de água, a segunda com duas saquetas A e B dissolvida em 500ml água, entre cada dose deve ingerir pelo menos 500ml de líquidos claros;	☐	☐	☐
Sugerir a preparação do PLENVU com água fria;	☐	☐	☐
Tomar dois comprimidos de cada vez nas 48h e 24h antes do exame;	☐	☐	☐
Cumprir um jejum de 6h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos;	☐	☐	☐

25. *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Informar, que tem que sair do Hospital acompanhado e permanecer o resto do dia em casa, também acompanhado, a repousar. Não pode conduzir nem manobrar máquinas perigosas nas 24 horas seguintes;

Avançar para a pergunta 29

Plenvu Dose Dividida

Avaliar e gerir a informação que o cliente tem sobre a alimentação pré-exame:

26. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Realizado ensino	Não realizado ensino	Não Aplicável
No 3º e 2º dia antes do exame deve fazer uma dieta pobre em resíduos (não deve ingerir hortaliças, saldas, frutas com pevides, grainhas ou casca, feijão, grão, ervilhas, favas ou milho);	☐	☐	☐
Deve evitar o leite e os iogurtes	☐	☐	☐
Dar exemplos do que pode ingerir: Chá, café, pão branco, peixes e carnes magras (vaca, vitela, galinha), massa, arroz, batata. Caldos de carne;	☐	☐	☐
Na véspera do exame terá de fazer uma dieta líquida, poderá beber água, chá, sumos de fruta sem polpa, bebidas transparentes não alcoólicas e não gaseificadas, gelatina expecto de cor vermelha ou roxa, e caldos de carne (sem ingerir a carne).	☐	☐	☐

Avaliar e gerir a informação que o cliente tem sobre a ingestão da preparação intestinal:

27. PLENVU *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Realizado ensino	Não realizado ensino	Não Aplicável
É crucial para uma boa preparação que ingira o líquido na totalidade;	☐	☐	☐
Sugerir a preparação do PLENVU com água fria;	☐	☐	☐
Deverá ser ingerida lentamente, em pequenos goles ou por uma palhinha;	☐	☐	☐
Dose 1 (saqueta A em 500ml água) deverá ser iniciada 18h antes da hora da realização do exame, seguida de 1l de líquidos claros;	☐	☐	☐
Dose 2 (saqueta A e B em 500ml água) 6h antes da hora do exame, seguida de 1l de líquidos claros;	☐	☐	☐
Cumprir um jejum de 4h antes da hora de realização do exame, incluindo líquidos;	☐	☐	☐

28. *

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Informar, que tem que sair do Hospital acompanhado e permanecer o resto do dia em casa, também acompanhado, a repousar. Não pode conduzir nem manobrar máquinas perigosas nas 24 horas seguintes;

História clínica

29. Antecedentes pessoais: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Não
☐ Hipertensão Arterial
☐ Diabetes Mellitus
☐ Dislipidémia
☐ Outra: _____

30. Antecedentes cirúrgicos: *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Não
☐ Cirurgia abdominal;
☐ Outra: _____

31. Alergias:

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Não
☐ Sim, Qual?
☐ Outra: _____

32. Toma antiagregantes ou anticoagulantes? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Indicação para suspender

Avisos:

33. Realizou os exames complementares necessários?

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim	Não	N/A
Hemograma + Plaquetas	☐	☐	☐
INR	☐	☐	☐
ECG	☐	☐	☐
RX Torác	☐	☐	☐
Teste Covid SARS-COV 2	☐	☐	☐

Finalização da consulta de enfermagem telefónica:

34. Tem alguma dúvida? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

35. Se sim, qual?

Sem título

Disponibilizar o número de telefone do serviço dos Exames Especiais 96777692.

Secção sem título

36. Hora fim: *

Exemplo: 08:30

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice VII – Formulário de satisfação pós-colonosopia

(Questionário aplicado em GOOGLE FORMS- Apêndice I)

Exmo. (a) Cliente

No âmbito do projeto de intervenção desenvolvido pela enfermeira Vanessa Tojo, intitulado “Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal: intervenções de enfermagem”, inserido no 11º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, pretende-se melhorar a eficácia da preparação intestinal com a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica. Para a obtenção dos dados desejados, pretende-se realizar seguidamente um questionário de satisfação sobre os cuidados com a sua colonoscopia, onde serão colocadas algumas perguntas relacionadas com a colonoscopia realizada, solicitando para isso a sua autorização, para depois utilizar a informação que deu, num relatório do referido curso e num artigo científico.

A informação recolhida será mantida confidencial e anónima. Os resultados obtidos neste trabalho visam também contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal.

Após o exposto considera-se esclarecido, dando a sua autorização. Garantindo que a sua recusa não terá qualquer interferência na prestação de cuidados.

Sim ☐ Não ☐

Guião

1. Dados sócio-demográficos:

1.1 Sexo: Masculino; Feminino.

1.2 Idade: ____;

1.3 Escolaridade: Ensino básico; Ensino Secundário; Ensino Superior;

1.4 É a primeira vez que realiza este exame?

1.5 Qual foi o exame realizado: Endoscopia alta + Colonoscopia total;
Colonoscopia total.

2. Preparação:

2.1 A documentação enviada sobre a preparação intestinal foi de fácil compreensão?

2.2 Se não, porquê?

2.3 Sentiu necessidade de esclarecimento adicional?

2.4 Se sim, em que aspetos?

2.5 Como obteve esse esclarecimento adicional? _____.

3. Consulta de enfermagem telefónica:

3.1 Foi feito um contacto telefónico para a realização de uma consulta de enfermagem antes da realização do seu exame?

3.2 O que achou dessa consulta? _____.

4. Sedação, dor e conforto:

4.1 O Exame realizado teve apoio anestésico? Sim; Não.

4.2 Durante o seu exame:

4.2.1 Teve dor?

4.2.2 Qual a intensidade dessa dor?

4.2.3 Teve desconforto?

4.2.4 Como avalia esse desconforto? Sentiu desconforto? 1- Sem desconforto/ mínimo desconforto; “ 2- leve desconforto; 3- desconforto moderado; 4- Desconforto severo.

4.3 Após o seu exame:

4.3.1 Teve dor?

4.3.2 Qual a intensidade dessa dor?

4.3.3 Teve desconforto?

4.3.4 Como avalia esse desconforto? Sentiu desconforto? 1- Sem desconforto/ mínimo desconforto; “ 2- leve desconforto; 3- desconforto moderado; 4- Desconforto severo.

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

5. Consentimento informado:

5.1 Para realizar este exame teve de dar autorização oral e escrita para o mesmo.

Diga por favor se considera ter estado esclarecido após as informações que lhe foram dadas sobre:

5.1.1 A importância da realização do exame para a sua saúde (finalidade do exame);

5.1.2 Foi-lhe entregue o consentimento informado antes da realização do exame?

5.1.3 Em que consistia o exame (como se faz);

5.1.4 Que benefícios poderia ter para si;

5.1.5 Que riscos poderia ter para si;

5.1.6 Que riscos poderia ter para a sua saúde, se não realizasse o exame;

5.1.7 Fez o exame pois foi pressionado por alguém?

5.1.8 Compreendeu as explicações que lhe foram dadas? Sim; Não, parcialmente;

5.1.9 Assinou o consentimento informado antes do procedimento?

5.2 No dia do exame o enfermeiro da sala perguntou se estava esclarecido sobre o exame que iria realizar?

Muito obrigado pelo tempo que disponibilizou a preencher este questionário.

Apêndice I – Google Forms® do Formulário de satisfação pós-colonosopia

FORMULÁRIO DE SATISFAÇÃO PÓS-COLONOSCOPIA

Exmo. (a) Cliente

No âmbito do projeto de intervenção desenvolvido pela enfermeira Vanessa Tojo, intitulado "Promoção do autocuidado à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal : intervenções de enfermagem", inserido no 11º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, pretende-se melhorar a eficácia da preparação intestinal com a implementação de uma consulta de enfermagem telefónica. Para a obtenção dos dados desejados, pretende-se realizar seguidamente um questionário de satisfação sobre os cuidados com a sua colonoscopia, onde serão colocadas algumas perguntas relacionadas com a colonoscopia realizada, solicitando para isso a sua autorização, para depois utilizar a informação que deu, num relatório do referido curso e num artigo científico.

A informação recolhida será mantida confidencial e anónima. Os resultados obtidos neste trabalho visam também contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio do cancro colo retal.

*Obrigatório

1. Após o exposto considera-se esclarecido, dando a sua autorização. Garantindo *
que a sua recusa não terá qualquer interferência na prestação de cuidados.

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

Dados sócio-demográficos

2. Sexo: *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Masculino
☐ Feminino

3. Idade: *

4. Escolaridade *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Ensino básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior

5. É a primeira vez que realiza este exame? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não

6. Exame Realizado *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Endoscopia alta + colonoscopia total
- ☐ Colonoscopia total

Preparação Intestinal

7. A documentação enviada sobre a preparação intestinal era de fácil compreensão? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

8. Se não, porquê?

9. Sentiu necessidade de esclarecimento adicional? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

10. Se sim, em que aspetos?

11. Como obteve esse esclarecimento?

Consulta de enfermagem telefónica

12. Foi feito um contacto telefónico para a realização de uma consulta de enfermagem específica sobre a preparação intestinal antes da realização do seu exame? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

13. O que achou dessa consulta?

Sedação, dor e conforto

14. Exame realizado com apoio anestésico? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

Durante o seu exame:

15. Teve dor? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

16. Qual a intensidade dessa dor?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sem dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Dor máxima

17. Teve desconforto? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

18. Como avalia esse desconforto?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Sem desconforto	☐	☐	☐	☐	Desconforto severo

Após o seu exame:

19. Teve dor? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

20. Qual a intensidade dessa dor?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sem dor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Dor máxima

21. Teve desconforto? *

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

22. Como avalia esse desconforto?

Marcar apenas uma oval.

	1	2	3	4	
Sem desconforto	☐	☐	☐	☐	Desconforto severo

Consentimento informado

Para realizar este exame teve de dar autorização oral e escrita para o mesmo. Diga por favor se considera ter estado esclarecido após as informações que lhe foram dadas sobre:

23. A importância da realização do exame para a sua saúde (finalidade do exame) *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe
- ☐ Preferiu não saber

24. Foi-lhe entregue o consentimento informado antes da realização do exame? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

25. Em que consistia o exame (como se faz)? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Preferiu não saber

26. Que benefícios poderia ter para si? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Preferiu não saber

27. Que riscos poderia ter para si? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe
☐ Preferiu não saber

28. Fez o exame pois foi pressionado por alguém? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

29. Compreendeu as explicação que lhe foram dadas? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Parcialmente

30. Assinou o consentimento informado antes do procedimento? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não

31. No dia do exame o enfermeiro da sala perguntou se estava esclarecido sobre o exame que iria realizar? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

Muito obrigado pelo tempo que disponibilizou a preencher este questionário.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

**Apêndice VIII – Plano da sessão e apresentação realizada junto dos
enfermeiros do serviço de gastroenterologia**

Plano de Sessão	
Formação: Consulta de enfermagem telefónica preparação intestinal para colonoscopia. Público- Alvo: Enfermeiros do serviço de EE Local: sala de enfermagem dos EE	Formador: Vanessa Tojo Duração: 1 hora Data: 13 / Abril /2021
Objetivo geral: sensibilizar os enfermeiros de um serviço de gastroenterologia para a realização da consulta de enfermagem telefónica sobre a preparação intestinal à pessoa submetida a colonoscopia de rastreio.	

Objetivos específicos da sessão	Etapas	Conteúdos programáticos	Métodos e técnicas	Materiais e equipamentos	Tempo previsto
- Apresentação do projeto e do seu desenvolvimento; - Apresentação dos conteúdos da sessão (sumário).	Introdução	-Apresentação dos conteúdos da formação.	- Método expositivo - exposição dialogada	- Computador, Data show.	15min
- Exposição sobre a importância da comunicação e educação para a saúde por via telefónica, realizada por enfermeiros.	Desenvolvimento	- Comunicação em enfermagem; - Comunicação em enfermagem não presencial; - Educação para a saúde; Educação para saúde – preparação intestinal;			30min

		Educação para saúde – Intervenção de enfermagem.			
- Esclarecimento de dúvidas;	Conclusão	- Reflexão sobre os conteúdos expostos na sessão; - Dúvidas e questões colocadas pelos formandos.			15 min

CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA – PREPARAÇÃO INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA–

Mestranda: Vanessa Aleixo Tojo nº 9549

Orientadora: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Orientadora Estágio: Anabela Lourenço Lobo

Lisboa, 13 de Abril 2021

SUMÁRIO

- Comunicação em enfermagem;
- Comunicação em enfermagem não presencial;
- Educação para a saúde;
- Educação para saúde – preparação intestinal;
- Educação para saúde – Intervenção de enfermagem;
- Referências bibliográficas.

COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

Apesar de, indiscutivelmente a comunicação fazer parte da enfermagem desde sempre, a abordagem deste tema mantém-se atual. Continuando a ser essencial aos enfermeiros preocuparem-se com todas as componentes da comunicação, usufruindo delas para prestar cuidados de enfermagem de qualidade.



COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM NÃO PRESENCIAL

- A comunicação em contexto de saúde encerra por si só diversas particularidades, que a tornam de um elevado nível de exigência;
- Este nível de exigência e complexidade aumenta se esta ocorrer à distância;
- Em comunicações à distância, pode ocorrer um excesso de informação e de pormenores transmitidos, e a adoção de um discurso rápido que poderá levar a dificuldades de compreensão;
- Ainda que, a comunicação numa consulta telefónica, se encontre assente nos mesmos de uma comunicação presencial, é importante ter em consideração, a necessidade da criação de uma relação de proximidade com o utente.

(Martins 2009, 2010)

CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÔNICA

Em 2009, a OE sentiu necessidade de emitir um parecer sobre a consulta de enfermagem por via telefônica, enunciando que estas possuem determinadas características que devem ser tidas em consideração quando a sua realização.

É importante ter em conta que não havendo presença física, é dificultada a avaliação, compreensão, e interpretação do que é transmitido, sendo importante ir validando a informação que é transmitida, tendo presente que a informação obtida e/ou fornecida por esta via, tem uma maior propensão para erro ou incompreensão, sendo por isso importante a validação da informação.

CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÔNICA

“A Comunicação por telefone surge como recurso de aproximação e qualidade de atendimento ao doente/família pela equipa de saúde” (Moreira, 2010, p.1)

- Proporciona de uma forma prática e eficaz o estabelecimento da comunicação com o utente, que possivelmente com todos os constrangimentos que acarreta uma consulta presencial com o mesmo objetivo não seria possível realizar;
- Sendo por isso uma boa ferramenta a utilizar pelo enfermeiros, para a promoção da saúde através da transmissão de informação, e a realização de ensinios.
- A realização deste tipo de consultas telefônicas, acarreta enormes desafios para os enfermeiros, que muitas vezes são colocados a realizar estas funções sem o suporte e formação adequada.

A comunicação por via telefônica apesar de ser considerada uma mais valia para o utente e a sua família, esta acarreta “um nível de exigência intrínseco ao processo de cuidados num tipo de interação não presencial” (Moreira, 2009, p. 40)

CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÔNICA

- A realização de consultas telefônicas, acarreta enormes desafios para os enfermeiros, tornando-se por isso, essencial a formação e a transmissão de estratégias para os enfermeiros que realizam consultas de enfermagem telefônicas, conferindo-lhe assim o suporte necessário e confiança para a tarefa que irão desempenhar;
- Segundo Martins (2009), a sustentação metodológica, um guia orientador, e protocolos são essenciais para as consultas de enfermagem por via telefônica, facilitando a tomada de decisão do enfermeiro que a realiza, bem como garantindo os princípios éticos e de responsabilidade;
- Tornando-se por isso, essencial a formação e a transmissão de estratégias para os enfermeiros que realizam consultas de enfermagem telefônicas, conferindo-lhe assim o suporte necessário e confiança para a tarefa que irão desempenhar.

Construção do protocolo para realização da consulta de enfermagem telefônica:

Consulta enfermagem telefonica EE VT /Guia da consulta de enfermagem telefonica pré-exame VT V5.docx

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Segundo o DR (1998), a educação para a saúde está inerente às funções dos enfermeiros, devendo integrar essas ações no planos de cuidados, com vista à promoção do autocuidado da pessoa;

Tal como as competências inerentes ao enfermeiro oncológico, que devem incluir ações de promoção de saúde (NOS, 2007).

Também no que confere aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da OE (2001), esta necessidade é evidente, explicitando que deverá existir um fornecimento de informação que seja geradora de aprendizagem cognitivas e de novas capacidades pelo utente.

De facto, a educação para a saúde é uma função inerente aos cuidados de enfermagem, e que proporciona a prevenção de doenças, a promoção da saúde e da qualidade de vida, através da transmissão de conhecimentos (Moreira, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (1986). "Carta de Ottawa para a promoção da saúde". Lisboa: Divisão da educação para a saúde.
- Pontes, A. C., Leitão, I. M. T. A., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 312-318.
- Rambaek B., Hassan C., Riemann, J. F., Chilton, A., Rutter, M., Dumonceau J. M., ... T. Ponchon. (2012). Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). 957- 968.
- Regulamento nº 122/2011. *Diário da República, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Série II*, nº 35, 18 Fevereiro 2011, Acedido 7- 07- 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/3477011/details/maximized>
- Rex, D. K., Boland, R., Dominitz, J. A., Giardiello, F. M., Johnson, D. A., ... Robertson, D. J. (2017). Colorectal Cancer Screening: Recommendations for Physicians and Patients from the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *The American Journal Of Gastroenterology*, 1-15. Doi: 10.1038/sjg.2017.174.
- SPED (2009). *Normas de Avaliação e Garantia de Qualidade da Endoscopia Digestiva em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva. Acedido a: 2/08/2020. Disponível em: https://www.sped.pt/Images/Publicacoes_SPED/SPED_20110525152347_Normas_de_Qualidade_em_Endoscopia_Digestiva.pdf

